247

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

THESE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE PAR

André MÉDOT

Né à Hannogne-Saint-Martin (Ardennes), le 22 Septembre 1886

De la Néphrectomie

LATÉRALE

Président : M. le Professeur QUÉNU

PARIS

Librairie de la Faculté de Médecine

OLLIER-HENRY

26, Rue Monsieur-le-Prince (VI^e^ Ar^t^). (Anciennement 8 Rue Casimir-Delavigne)

1912

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL TESSIER
Pathologie chirurgicale	X.
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	MARFAN
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	CHAUFFARD GILBERT DEBOVE LANDOUZY
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE.
Clinique chirurgicale	Pierre DELBET QUENU RECLUS SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	X.
Clinique d'accouchements	BAR PINARD RIBEMONT-DES-SAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	A. ROBIN

Agrégés en exercice

MM.			
BALTHAZARD	DESGREZ	LECÈNE	OMBREDANNE
BERNARD	DUVAL Pierre	LENORMANT	PROUST
BRANCA	GOUGEROT	LEQUEUX	RATHERY
BRINDEAU	GRÉGOIRE	LERI	RETTERER
BROCA André	GUENIOT	LŒPER	RICHAUD
BRUMPT	GUILLAIN	MACAIGNE	ROUSSY
CAMUS	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
CARNOT	JOUSSET André	MORESTIN	SCHWARTZ
CASTAIGNE	LABBE Marcel	MULON	SICARD
CHEVASSU	LANGLOIS	NICLOUX	TERRIEN
CLAUDE	LAIGNEL-LAVASTINE	NOBECOURT	TIFFENEAU
COUVELAIRE		OKINCZYC	ZIMMERN

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées commepropres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR QUÉNU

PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES TANTES, A MON ONCLE

Bien faible témoignage de ma reconnaissance.

A MON FRÈRE, A MA SŒUR

A MES PREMIERS MAITRES

DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE ET DE L'HOPITAL

CIVIL DE REIMS

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE PARIS

EXTERNAT

MONSIEUR LE PROFESSEUR HARTMANN (1909-10)

Chirurgien de l'hôpital Bichat

MONSIEUR LE DOCTEUR TISSIER (1910-11)

Accoucheur de l'hôpital de la Charité

MOESIEUR LE DOCTEUR BRAULT (1910-11)

Médecin de l'hôpital Lariboisière

MONSIEUR LE DOCTEUR CHEVASSU (1911-12)

Chargé du cours de clinique des voies urinaires de l'hôpital Necker

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LECÈNE

MONSIEUR LE DOCTEUR HEITZ BOYER

MONSIEUR LE DOCTEUR PICOT

MONSIEUR LE DOCTEUR MARSAN

A MON MAITRE

Monsieur le Proeesseur agrégé CHEVASSU

CHARGÉ DU COURS DE CLINIQUE DES VOIES URINAIRES

A L'HOPITAL NECKER

Hommage de respectueuse reconnaissance pour le bienveillance qu'il m'a toujours témoignée. Il m'a fait l'honneur de me confier la description et la défense de son procédé de néphrectomie ; qu'il me pardonne de l'avoir fait aussi imparfaitement.

INTRODUCTION

La première néphrectomie systématique fut pratiquée par Simon de Heidelberg le 2 août 1869.

Simon, pour arriver sur le rein, emprunta la voie lombaire ; depuis, la grande majorité des chirurgiens l'ont imité, tout en modifiant plus ou moins l'incision primitive.

Mais déjà avant Simon, d'autres auteurs : Wolcott, de Philadelphie, en 1861 ; Spiegelberg, de Breslau, en 1867 ; Peaslee, de New-York, en 1868 avaient, croyant avoir affaire à une tumeur abdominale, enlevé le rein en traversant le péritoine.

Les erreurs de diagnostic de ces auteurs eurent pour résultat de montrer la possibilité d'enlever le rein par la voie abdominale et Kocher, de Berne, en 1876, pratiquait pour la première fois une néphrectomie transpéritonéale.

Enfin, ça et là, quelques auteurs employèrent un procédé intermédiaire. Ils ouvraient le flanc et décol-

laient le péritoine jusqu'au rein. Ils créerent ainsi la néphrectomie par voie latérale ou parapéritonéale. C'est à ce dernier procédé, « le procédé de l'avenir », que nous allons consacrer notre modeste travail.

Nous examinerons d'abord les avantages et les inconvénients de chacune des trois méthodes ; puis nous nous efforcerons de montrer la supériorité de la néphrectomie par voie latérale ; nous décrirons enfin le procédé employé par notre maître, M. Chevassu, à la clinique de Necker, rapportant les observations détaillées des 17 néphrectomies qu'il a pratiquées par ce moycn et qu'il a bien voulu nous confier.

La néphrectomie lombaire

Nombreuses sont les incisions qui ont été proposeés pour aborder le rein par la voie lombaire, nous ne citerons que les principales.

Simon fait une incision verticale au niveau du bord externe de la masse sacro-lombaire, allant de la 12e côte à la crête iliaque. C'est le type des incisions *verticales.*

Le Professeur Guyon a modifié le procédé de Simon et a créé le groupe d'incisions du type « *recto curviligne* ». Guyon incise en haut, à partir de la 12e côte sur le bord externe de la masse sacro-lombaire, se dirige un peu obliquement en bas et en avant puis se recourbe franchement en avant au-dessus de la crête iliaque.

Enfin aujourd'hui la plupart des chirurgiens font des incisions obliques plus ou moins prolongées en avant, rectilignes ou légérement courbes. Ce sont les incisions du type « *lombo-abdominal.* »

A côté de ces incisions simples, nous citerons les incisions *angulaires* et les incisions à *lambeaux*. Ces derniers procédés ont été imaginés pour remédier au grand défaut de la voie lombaire : le peu de jour donné sur le rein. Ces procédés n'ont qu'un inconvénient c'est qu'ils sont très traumatisants et le jour qu'ils donnent est obtenu au prix de délabrements tels, qu'ils sont presque abandonnés aujourd'hui.
Actuellement les incisions lombo-abdominales sont à peu près les seules employées.

Nous dirons avec la grande majorité des chirurgiens que la voie lombaire présente de grands avantages : Elle permet d'arriver sur le rein par le plus court chemin, elle réduit au minimum les risques de blessure du péritoine, elle permet enfin d'assurer un large drainage au point déclive.

A côté de ces avantages, il faut bien reconnaître pourtant que la méthode lombaire présente quelques difficultés au moment du décollement de la tumeur et au moment de la section du pédicule.

Pour décoller le rein, en effet, lorsque celui-ci est entouré d'une zone plus ou moins épaisse de périnéphrite, il faut y aller à *l'aveugle*, quelquefois avec de grands efforts, surtout au pôle supérieur et à la face antérieure. Bien souvent on est obligé d'ouvrir la capsule propre du rein et de faire une nephrectomie sous-capsulaire, ce qui facilite la libération du rein, mais augmente le risque de crever une poche purulente ; ce qui, d'autre part, a l'inconvénient de laisser dans la plaie des lambeaux de tissus pathologiques.

Le rein décollé, il faut lier et sectionner le pédicule. Or sur quelle région du rein donnent accès les incisions lombaires ? Elles découvrent tout simplement l'extrémité inférieure du bord externe de l'organe. Au moyen de tractions violentes on verra la face postérieure, quant au bord interne, le plus important puisque c'est lui qu'il faut atteindre pour lier les vaisseaux, on ne le voit pas.

Pour lier le pédicule il va donc falloir abaisser le rein, le tirer en dehors par des manœuvres parfois assez violentes pour arracher les vaisseaux comme Hûter le fit une fois ; mais même avec ces efforts, on ne voit pas le pédicule. On passe sur lui, à l'aveugle un clan, on sectionne et on lie sans voir.

« Combien de fois par la section du pédicule au-dessus d'un clan passé avec peine n'a-t-on pas « mouché » le bassinet et répandu ainsi tout le contenu de la poche. »

Enfin dans les néphrectomies droites il est arrivé de blesser la veine cave inférieure, soit par arrachement de la veine rénale à son embouchure, dans un effort de traction, soit par déchirure de la paroi veineuse adhérente à la capsule rénale. Cet accident serait peut-être moins fréquent si l'on n'était pas obligé de tirer sur le rein et si l'on pouvait rompre les adhérences sous le contrôle de la vue ; mais en tous cas l'exiguité et la profondeur de la plaie rendent encore bien plus redoutable les lésions de la veine cave ; car dans ce puits, aveuglé par le sang il est bien difficile d'agir.

Les difficultés crées par la méthode lombaire augmentent encore lorsqu'il s'agit d'une volumineuse tuméur, il faut alors ou bien réséquer les côtes au risque d'ouvrir la plèvre, ou bien débrider latéralement ce qui nous ramène aux procédés à lambeaux.

Aussi à la séance de décembre de l'association pour l'étude du cancer à la suite d'une communication de notre maître M. Chevassu sur la néphrectomie latérale, MM. Legueu et Tuffier ont dit employer la méthode lombaire pour les reins de petits volumes et la méthode transpéritonéale lorsqu'ils ont affaire à une tumeur volumineuse.

M. Le Dentu même, admet que « dès que la néphrectomie présente quelques difficultés il faut se reporter en avant. » Or il arrive souvent que les petits reins soient difficiles à enucléer, et nous ne possédons pas de moyens pour reconnaître avant l'opération la difficulté que présentera la néphrectomie il nous semble donc plus simple de se reporter toujours en avant.

La néphrectomie transpéritonéale

Nous avons vu comment, grâce à des erreurs de diagnostic, les néphrectomistes involontaires Wolcott, Peasle, ont montré la possibilité d'enlever le rein en passant au travers de l'abdomen ; mais c'est Kocher de Berne qui fut vraiment l'initiateur de la méthode transpéritonéale en enlevant le premier en 1876 par cette voie un rein flottant atteint d'adémosarcome.

Après Kocher, Thornton, en Angleterre, Langenbuch, en Allemagne, et Terrier, en France, pour ne citer que ces noms, furent d'ardents défenseurs de la méthode transpéritonéale.

Thornton incise l'abdomen sur la ligne médiane. Langenbuch reporte son incision en dehors au niveau du bord externe du muscle grand droit de l'abdomen; en Treudelenburg n'adopte aucune règle précise et fait son incision au point le plus saillant de la tumeur.

Ce fut le procédé de Langenbuch qui eut le plus de succès. C'est le seul qui est encore employé de nos jours.

Outre les avantages sur la voie lombaire : plus grand jour sur le rein, possibilité de lier le pédicule sous le contrôle de la vue, les partisans de la voie antérieure en trouvaient encore un autre : la possibilité d'explorer les deux reins avant de faire la néphrectomie. Ce fut la raison pour laquelle Thornton employa toujours une incision médiane.

Ce dernier argument n'a même plus besoin d'être discuté aujourd'hui, car nous savons que le palper ne donne aucune espèce de renseignement sur l'état des reins dans un grand nombre de cas ; et la méthode d'Albarran nous permet de déterminer beaucoup plus sûrement que la palpation directe l'état du rein malade, mais elle permet même d'apprécier exactement la valeur fonctionnelle du rein qui, à lui seul, va avoir à supporter tout le travail de l'excrétion urinaire.

Il faut bien dire aussi que si l'on fait exception pour les tumeurs volumineuses, la voie transpéritonéale ne donne pas un jour si considérable, car on travaille dans une plaie très profonde, ce qui diminue considérablemeut l'espace et donne quelques difficultés à l'intervention.

Mais à côté de ces avantages douteux invoqués par ses partisans la néphrectomie antérieure a même de graves inconvénients.

Il est évident que de nos jours, avec notre asepsie,

on peut, sans grands dangers d'infection extérieure, ouvrir le péritoine, mais dans une intervention pour pyomphrose ou pour tuberculose rénale où le rein peut être transformé en une poche purulente que l'on risque d'ouvrir à chaque instant, il est évident que la voie transpéritonéale est dangereuse.

D'autre part, les anses intestinales mises à nues sont très difficiles à refouler, et l'on peut facilement en blesser une aux risques de redoutables complications.

Ces inconvénients ont fait perdre à la méthode transpéritonéale beaucoup de ses partisans, et elle n'est plus guère employée que pour enlever les tumeurs volumineuses que l'on juge trop difficiles à extraire par la voie lombaire.

La néphrectomie latérale

La néphrectomie latérale est « le procédé de l'avenir », écrit Thornton en 1883, et cependant, jusqu'aujourd'hui, la voie parapéritonéale fut bien délaissée. On trouve çà et là dans la littéraure un cas de néphrectomie faite par cette voie, mais ce sont des cas isolés, et jusqu'à M. Grégoire en 1906 qui propose la méthode latérale pour l'ablation des cancers du rein, aucun chirurgien n'en avait fait une véritable méthode opératoire.

Il semble que ce soit Bardenheuer qui ait le premier proposé la voie latérale pour l'extirpation du rein en 1881. Berg (1881) cite la méthode de Bardenheuer. Celui-ci fait trois incisions : l'une presque horizontale, parallèle à la 12e cote, une seconde parallèle à la crête iliaque et une troisième réunissant le milieu des deux autres.

De plus Bardenheuer fait un drainage postérieur à travers la paroi lombaire.

C'est ensuite le chirurgien anglais Thornton qui en rapporte un cas en 1883. Thornton ayant blessé l'uretère au cours d'une ovariotomie se décida à faire l'ablation du rein. Il fit l'incision de Langenbuch (sur le bord externe du grand droit à l'abdomen) mais au lieu d'ouvrir le péritoine comme ce dernier, il le décolla facilement jusqu'au rein et put ainsi sans difficultés enlever l'organe d'ailleurs absolument sain.

« Cette incision, dit-il, facilite énormément *la ligature du pédicule qui peut être faite avant l'extirpation de la tumeur.* » « Ce sera certainement le procédé de l'avenir », conclut-il.

En 1885, Kronlein présente à la Société de Médecine de Zurich, un cas de cancer du rein opéré par lui le 11 avril 1885.

Kronlein fait une incision partant du 10e cartilage costal et qui se porte verticalement en bas sur une longueur de 22 centimètres environ jusqu'au niveau de l'arcade crurale. Il décolle le péritoine qu'il fait refouler en dedans. L'opération est exécutée très simplement ; il fait une suture à deux étages avec drainage dans l'incision.

Les suites opératoires sont des plus simples et Kronlein obtient une réunion par première intention.

La même année, le 13 juin 1885, M. Lucas Championnière employait la voie latérale dans une néphrectomie pour pyelonephrite suppurée droite,

dont il présenta l'observation à la Société de chirurgie de Paris.

La malade de M. Championnière présentait une volumineuse tumeur dans le flanc droit, on lui fit une ponction qui retira près d'un litre de pus, puis une incision explopatrice (21 mai), enfin le 13 juin la néphrectomie fut décidée.

« Le 13 juin je fis l'extirpation du rein à l'aide d'une incision partant des fausses côtes et se dirigeant *obliquement* vers la fosse iliaque pour décoller le péritoine. Je fis seulement une petite boutonnière insignifiante au péritoine.

« L'opération fut laborieuse à cause du volume énorme du rein, je dus détacher séparément l'uretère et le bassinet. Plus tard j'enlevai des morceaux de la capsule hypertrophiée ; la ligature double du pédicule avec deux fils de soie au sublimé a été assez laboriense.

« Les suites ont été bonnes et la réunion primitive s'est bien faite. »

La malade s'est levée le 22 juin.

Elle quitta l'hôpital le 22 août sans qu'il y ait eu trace de suppuration, la cicatrisation fut parfaite.

Le 25 juillet de la même année Trelat pratiqua une néphrectomie parapéritonéale pour une hydronéphrose calculeuse.

« Incision de la paroi abdominale juste au dehors du bord externe du muscle grand droit de l'abdomen. L'incision est un peu trop près de ce bord. Le péri-

toine qui y adhère est incisé en deux points au commencement du décollement. » Le péritoine est décollé dans la direction de la tumeur qui est un peu adhérente, mais est pourtant libérée. « La région du pédicule peut être examinée, on reconnaît facilement en bas l'uretère qui est lié et sectionné. Une grosse veine est traitée de la même façon. Le reste du pédicule très peu volumineux est saisi dans une troisième ligature. Tout cela se fait commodément et d'une manière précise. »

« Les suites opératoires sont des plus bénignes et des plus régulières, huit jours après, la malade avait le meilleur aspect. » Et Trélat conclue : « J'éviterai à l'avenir d'inciser aussi près du bord externe du muscle droit, je reporterai mon incision à 15 ou 20 millimètres en dehors pour éviter de blesser le péritoine qui au niveau du bord externe du droit adhère à la paroi ; mais je me garderai d'abandonner le précieux avantage de cette incision antérieure ou antéro-externe, qui permet de voir le pédicule, de le manœuvrer sous l'œil, de faire une hémostase régulière et sûre, et en somme une opération satisfaisante. »

Puis c'est le chirurgien italien d'Antona, qui présente la même année une observation de néphrectomie pour tuberculose. D'Antona fait une incision verticale partant de l'union des 7e et 8e cartilages costaux et arrivant jusqu'au tiers externe de l'anade crurale. Le péritoine est ensuite décollé jusqu'au rein.

En 1886, nous trouvons encore un cas de néphrectomie latérale, c'est le cas présenté au Congrès fran-

çais de chirurgie, par Malherbe. Il s'agit d'une grosse pyonéphrose qu'il enleva le 15 juin.

Malherbe avait fait une incision partant des derniers cartilages costaux du côté gauche et venant se terminer en avant de l'épine iliaque antérieure et supérieure. Les divers plans sont sectionnés jusqu'au péritoine qui est décollé. Une petite boutonnière faite à la séreuse est aussitôt suturée et le rein peut être libéré.

Le rein est ensuite ouvert et laisse couler une grande quantité de pus, ce qui permet à l'opérateur d'« examiner aisément le pédicule qui est ainsi sectionné facilement. » La plaie suppura longtemps, mais la malade guérit.

A partir de ce moment, on ne trouve plus de nouveaux cas opérés par la voie latérale. Trélat avait bien dit « qu'il se garderait d'abandonner le précieux avantage de cette méthode », mais il n'en rapporte plus d'observation. Dans une clinique en 1889, il signale simplement le cas de Malherbe.

Il faut arriver jusqu'en 1906, à la remarquable thèse de M. Grégoire : « Contribution à l'étude du cancer du rein chez l'adulte », pour en trouver de nouvelles observations. M. Grégoire propose « une incision partant un peu en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure. Celle-ci se porte en arrière et en haut jusqu'au niveau de l'épine iliaque, puis brusquement se redresse et va se diriger vers le bord antérieur de l'aisselle. Pour obtenir du jour en haut, nous avons, dit M. Grégoire, remonté cette incision jus-

qu'au niveau du rebord costal. Puis à ce moment nous l'avons prolongée en avant en suivant le bord inférieur du thorax sur une longueur de 5 à 6 centimètres. »

« L'incision va jusqu'au péritoine exclusivement. » Le gros avantage que M. Grégoire voit à cette manière de faire est qu'elle permet l'extirpation en masse des cancers du rein avec la capsule et les ganglions.

M. Grégoire cite deux observations de néphrectomie pour cancer exécutées par son procédé ; cas favorables quant aux suites immédiates ; mais ses deux malades sont morts dans la suite.

L'année suivante, en 1907, MM. Duval et Grégoire présentent à l'association d'urologie un rapport sur la pathogénie et le traitement des hydronéphroses. Ils proposent la voie latérale pour les cas ou la néphrectomie est nécessaire.

Notre maître, M. le Professeur agrégé Chevassu, a pratiqué l'année dernière à la clinique de Necker huit néphrectomies au moyen de l'incision de Grégoire : 4 pour tuberculose, 1 pour hydronéphrose, 1 pour cancer du rein, 1 pour hématurie, plus 1 uretero-néphrectomie pour cancer de l'uretère ; il a consacré à ces néphrectomies une clinique le 22 mars 1911, et s'était montré très satisfait des résultats obtenus.

Depuis, il lui a semblé qu'on pouvait obtenir les mêmes résultats à moins de frais au moyen d'une iucision latérale parallèle aux fibres du grand oblique et c'est la seule qu'il emploie actuellement. Il a fait connaître les résultats qu'il avait obtenus par ce mo-

yen dans la tuberculose rénale (Congrès d'urologie, octobre 1911), et pour le cancer du rein (Association française pour l'étude du cancer, décembre 1911) ; il a, le 19 novembre, exposé dans une clinique de Necker les avantages de la méthode.

C'est cette technique nouvelle que nous allons décrire, basé sur les 17 observations de néphrectomies latérales pratiquées par notre maître et qu'il a bien voulu nous confier.

Les avantages de la néphrectomie par voie latérale sous-péritonéale

La néphrectomie latérale est supérieure à la méthode antérieure transpéritonéale, car elle respecte le péritoine et donne beaucoup plus de jour ; il est plus aisé de refouler vers la ligne médiane le sac péritonéal tout entier que d'écarter la masse intestinale mise à nu ; de plus, sauf dans les tumeurs rénales très volumineuses, le rein est assez loin de la surface abdominale antérieure, les manœuvres se passent profondément, beaucoup plus profondément que par la méthode latérale.

Elle est à notre avis, supérieure à la voie lombaire car elle découvre largement la face antérieur du rein et son pédicule, grâce au long écarteur qui plonge sous les côtes et permet de voir jusqu'à la coupole diaphragmatique. On peut pratiquer ainsi *sous le contrôle de la vue* toutes les manœuvres nécessaires sur le bord interne du rein et en particulier sur son pédicule.

On peut effectuer le décollement du rein pour le contrôle de l'œil et l'on pourra souvent ainsi éviter la rupture d'une poche septique.

Que pourrait-on reprocher à la voie latérale ?

D'abord le grand décollement du péritoine ; mais, outre que dans le procédé que nous allons décrire, le péritoine n'est pas beaucoup plus décollé que dans la voie lombaire, cela n'a pas les inconvénients que l'on pourrait croire, cela ne saigne pas, et tout s'arrange simplement. Les observations jointes à notre thèse nous dispensent de toute discussion.

On pourrait lui reprocher aussi le danger d'ouvrir le péritoine. Cela peut arriver, certes, mais où est le danger ? un petit surjet fait aussitôt, referme la petite plaie et tout s'arrange. Nous verrons dans nos observations que le péritoine a pu être déchiré puis recousu sans que cela ait en rien changé la marche des suites opératoires.

On pourrait faire un reproche un peu plus important : la possibilité d'une éventration.

Nous répondrons d'abord qu'il y a des éventrations dans la néphrectomie lombaire et dans la voie transpéritonéale.

Voyons maintenant les causes d'éventration :

D'abord la suppuration de la plaie, ce qui peut être évité.

C'est ensuite l'insuffisance des sutures. Or, M. Chevassu, dans toutes ses interventions, suture soigneusement les muscles en deux plans : un premier formé par le petit oblique et le transverse, un second

par le grand oblique. Les points séparés, au gros catgut sont rapprochés, ce qui donne le maximum de garantie pour la solidité future de la paroi.

Enfin, une des grandes causes d'éventration est la section des nerfs. Dans le procédé de notre maître, on sectionne fatalement un des nerfs les plus importants dans l'innervation de la paroi abdominale : le 11e intercostal. On sectionne aussi quelques filets antérieurs du 12e, mais ils ont une bien moins grande importance. Quand au 10e intercostal, nous verrons dans la description du procédé opératoire qu'il est facile de l'éviter.

On constate en effet électriquement chez nos malades, un peu de parésie des muscles abdominaux ; cliniquement, cette parésie se traduit par un peu de faiblesse. Sur 18 de nos malades revus récemment : 8 ont une cicatrice parfaite. Les autres présentent une légère impulsion à la toux. L'un même (obs. 9), avait été revu il y a deux mois avec une légère éventration, revu ces jours ci, il semblait que sa paroi était redevenue beaucoup plus solide.

En résumé, il nous semble donc que ce petit inconvénient de la voie latérale ne doit pas faire oublier ses grands avantages :

1° Sur la voie lombaire : elle donne beaucoup plus de jour, facilite le décollement, permet d'enlever les reins sans les tirailler, sans les traumatiser, presque sans les toucher ; surtout elle permet d'agir autrement qu'à l'aveugle sur le pédicule.

2° Sur la voie transpéritonéale, elle donne encore plus de jour sans ouvrir le péritoine.

Elle répond ainsi à toutes les nécessités modernes de la chirurgie qui ne laisse rien au hasard et ne pratique aucune manœuvre sans savoir comment elle agit.

Les néphrectomies par voie latérale

Nous avons donc vu que, pour arriver sur le rein par la voie latérale sous-péritonéale, Thornton et Trélat font simplement l'incision de Langenbuch, c'est-à-dire sur le bord externe du muscle droit, tandis que Kronlein d'Antona la reportent un peu en dehors. Lucas Championnière et Malherbe ont incisé obliquement en partant sur la ligne axillaire. Enfin, Bardenheuer, Grégoire font des incisions à volet, verticales sur la ligne axillaire et s'inclinant en dedans à leurs deux extrémités.

Les incisions de Thornton, Trélat, Kronlein et d'Antona doivent, à notre avis, être rejetées. Le péritoine en effet, est encore trop adhérent à la paroi à ce niveau ; de plus, elles nécessitent un décollement considérable de la séreuse et augmentent la profondeur de la plaie, atténuant les avantages de la méthode. Trélat lui-même a dit à propos de son intervention : « J'éviterai à l'avenir d'inciser au niveau du bord externe du muscle droit ; je reporterai mon incision en dehors à 15 ou 20 millimètres pour éviter de blesser le péritoine. » Il ne semble pas qu'il ait par la suite réalisé ses désirs.

L'incision proposée par M. Grégoire, donne un jour considérable. Elle n'avait guère été employée jusqu'à

présent que pour quelques cancers du rein ou de volumineuses hydronéphroses.

Notre maître, M. Chevassu, l'a employé huit fois : deux fois pour cancer, une fois pour hydronéphrose, quatre fois pour tuberculose et une fois pour hématuries. Il en a été très satisfait, et même une fois, grâce à elle, il a pu suturer facilement une plaie de la veine cave inférieure.

Mais il lui a semblé qu'on pouvait obtenir à moins de frais un jour analogue, en pratiquant tout simplement une incision oblique parallèle aux fibres du grand oblique, dissociant ses fibres sans les couper, sectionnant le petit oblique et le transverse et atteignant le sac péritonéal un peu en avant du rein. Il a pratiqué cette opération pour la première fois pour une uropyonéphrose le 24 février 1912 ; le 16 mars, il pratiquait par une incision analogue une néphrectomie pour tuberculose, et il a été si satisfait du jour et des facilités données par cette incision qu'il n'en a plus employé d'autre depuis.

A l'heure actuelle, il a pratiqué ainsi 17 néphrectomies dont il a bien voulu nous confier les observations, soit :

9 pour tuberculose ;

4 pour pyonéphrose, partout adhérente (2 tuberculeuses, 2 lithrasiques) ;

1 pour uropyonéphrose ;

1 pour uronéphrose ;

1 pour cancer ;

1 pour lithiase.

Technique opératoire

Position du malade. — Bien placer le malade est une chose capitale ; il faut en effet lui donner une position qui permette de tirer le meilleur parti possible du jour fourni par l'incision. La position la plus favorable est la position « dorso-latérale cambrée » de Grégoire.

Le sujet repose sur le dos, légèrement incliné sur le côté sain ; pour lui faire conserver cette position, le membre inférieur du côté sain est fléchi à angle droit, tandis que celui du côté malade doit conserver la rectitude. Un billot creuse le flanc. Ce billot ne doit à aucun prix toucher la crête iliaque. Il y a, par contre, tout avantage à ce qu'il refoule en avant le bord inférieur du thorax. La face antérieure du thorax se trouve de ce fait refoulée en avant ; la partie antérieure de la coupole diaphragmatique regarde en avant et en haut ; l'opérateur y plonge ainsi facilement son regard, et fait sous le contrôle de la vue toutes les manœuvres nécessaires.

1er TEMPS. — **Incision.** — Cette incision part en haut du point où la ligne axillaire coupe la base du thorax, c'est-à-dire du bord inférieur de la 10e côte en avant de la 11e ; elle se dirige de là obliquement en bas et en avant jusqu'au niveau de l'épine iliaque antéro-supérieure et à un bon travers de doigt en avant de celle-ci.

Cette incision est suffisante chez un grand nombre de sujets. On peut même enlever le rein par cette voie au moyen d'une incision très restreinte : chez le malade de notre observation, l'incision avait seulement 10 centimètres de long. Mais il arrive que chez certains sujets très musclés, le bord interne du grand oblique soit difficile à écarter, ou que dans certains cas difficiles on ait besoin d'un maximum de jour. En pareil cas, il est nécessaire de débrider la lèvre interne du grand oblique. M. Chevassu réalise ce débridement sans nuire en rien à la solidité future de la paroi, en sectionnant le grand oblique sur la face *antérieure* du thorax par une incision greffée perpendiculairement à l'extrémité supérieure de l'incision primitive.

Le grand oblique est donc mis à nu parallèlement à ses fibres, on dissocie ses faisceaux sur toute la hauteur de la plaie cutanée. Si l'on craint une difficulté, on pourra immédiatement faire le petit débridement préthoracique qui, relâchant la sangle abdominale très tendue, permet d'obtenir un jour considérable sur la loge rénale.

Le grand oblique divisé, laisse voir la couche mus-

culaire formée par le petit oblique et le transverse, dont les fibres perpendiculaires à la ligne d'incision se rétractent aussitôt la section faite et ne gêneront par conséquent pas l'écarteur. Le petit oblique est très épais, le transverse est au contraire très mince. Il doit être sectionné avec précaution si l'on ne veut pas blesser le péritoine pariétal sous-jacent. Aussi est-il prudent de sectionner doucement avec le bistouri la masse musculaire à la portie moyenne de l'incision jusqu'au contact du péritoine ; puis d'introduire l'index dans cette petite boutonnière musculaire de manière à achever le décollement péritonéal. Le reste de la couche musculaire est alors incisé aux ciseaux sur le doigt qui protège directement le péritoine.

Les vaisseaux abondants qu'on sectionne au cours de l'incision pariétale seront aussitôt pincés et liés ; ceci débarrasse le champ opératoire de toutes ces pinces qui gênent l'opérateur et choquent l'œil.

Cette section de la paroi se fait sans danger de léser d'organe important. Seul, le 11ᵉ nerf intercostal est sectionné. Le 10ᵉ intercostal sera évité si l'incision musculaire s'arrête un peu au-dessous du bord inférieur de la 10ᵉ côte ; le 12ᵉ sera évité lui aussi à condition de maintenir l'eutrémité inférieure de l'incision à un bon travers de doigt de l'épine iliaque antéro-supérieure.

2ᵉ TEMPS. — **Décollement du péritoine et ouverture de la capsule fibro-adipeuse du rein.** — Ce temps est généra-

lement facile. Le péritoine, dès qu'il est mis à nu se laisse facilement décoller de la paroi, il suffit de passer la main entre les muscles et lui et l'on arrive bientôt sur le rein que l'on sent à la partie supérieure de la plaie.

Un large écarteur est alors placé sur le sac péritonéal qu'il repousse facilement en dedans.

Il faut maintenant ouvrir la capsule fibro-adipeuse du rein. Pour être sûr de ne pas blesser le péritoine, on décollera le rein le plus loin possible et on pincera sa capsule très en arrière au moyen d'une pince en cœur au contact de laquelle on l'incisera.

3e TEMPS. — **Décollement du rein et section de l'uretère.** — La capsule fibreuse est ouverte sur son bord externe ; on aggrandit son ouverture en haut et en bas ; le rein est libéré sur sa face antérieure, à ce moment, cette face antérieure va pouvoir être mise largement à nu au moyen de deux valves : l'une qui tire en dedans et va donner du jour jusqu'à la ligne médiane ; l'autre doit être plongée en haut, sous les fausses côtes et permet de voir jusqu'au pôle supérieur du rein.

Le rôle de ces écarteurs est capital. Grâce à eux, le rein apparaît en entier aux yeux de l'opérateur, ce qui permet de faire sous le contrôle de la vue, sur l'organe, sur les adhérences ou sur le pédicule, toutes les manœuvres nécessaires. A côté des cas nombreux où le rein se laisse facilement décoller, il en est en effet beaucoup d'autres dans lesquels le rein est entouré

d'une coque plus ou moins épaisse de périnéphrite, qui le soude pour ainsi dire aux organes voisins. Le jour considérable fourni par l'incision, va permettre de décoller l'organe méthodiquement, de chercher un plan de clivage, d'attaquer le rein par l'endroit le plus accessible. On évitera ainsi les efforts aveugles qui crèvent les poches purulentes ; on pourra sculpter l'organe dans sa gangue de périnéphrite sans avoir besoin d'ouvrir sa capsule et de faire une néphrectomie sous-capsulaire. On verra la veine cave que l'on pourra ainsi plus facilement éviter.

En général quand il n'y a pas trop d'adhérences, le décollement est facile, on attaque le rein par sa face antérieure, on libère sa face postérieure, puis on termine par les pôles.

Au moment où on libère le pôle inférieur on va chercher l'uretère, placé contre la colonne vertébrale ; on l'isole le mieux possible. Il est ensuite sectionné au thermocautère entre deux solides ligatures au catgut.

4° TEMPS. — **Isolement du bord interne et ligature du pédicule.** — Ici deux cas se présentent suivant que le pédicule est facile ou difficile à isoler.

Si le pédicule est souple, sans périnéphrite, rien n'est facile comme d'isoler à la compresse, à la sonde cannelée ou au doigt, l'ensemble du pédicule ou veine et artère successivement, de passer sous eux avec un porte-fil courbe, les fils destinés à la ligature

et de sectionner le pédicule au bistouri sous le contrôle de la vue. Le rein tombe sans qu'il ait subi la moindre traction, pas plus que son pédicule.

Si le pédicule est d'un isolement difficile, ce qui se produit fréquemment, on parvient toujours à l'isoler, à condition d'y voir clair. Les larges écarteurs donnant sur la région tout le jour dèsirable, on sectionne doucement, plan par plan, au bistouri, au niveau du bord interne du rein. Il arrivera cependant qu'après avoir traversé une première coque particulièrement résistante et homogéne, on trouvera dans la profondeur du tissu moins résistant, permettant de pratiquer l'isolement du pédicule. D'autres fois, le bloc fibreux persiste, indiscociable. Il n'y a, en pareil cas qu'à continuer la section d'avant en arrière sous le contrôle de la vue. Au moment où l'on sectionne les vaisseaux, rien n'est facile comme de les pincer.

Grâce à ce procédé, M. Chevassu n'a jamais laissé une pince dans la plaie de néphrectomie qu'il a toujours réunie complètement. Jamais il n'a pratiqué d'avantage de néphrectomie sous-capsulaire, qui risque toujours de crever le rein et laisse dans la plaie de vastes étendues de tissus pathologiques.

Dans les observations qui sont jointes à notre thèse, on verra en détail quelles manœuvres ont pu être faites par M. Chevassu au niveau du bord interne du rein et par rapport au pédicule.

5e TEMPS. — **Drainage.** — Après toute néphrectomie, il est prudent de faire un drainage, car

la surface du décollement rénal saigne assez abondamment pendant les premières heures, et il y a tout avantage à ce que cet épanchement sanguin soit évacué.

Le drainage doit être fait au point déclive. Il est obtenu dans la néphrectomie latérale, au moyen d'un gros drain passé dans un trou fait à son intention, en dehors de la masse sacro-lombaire, et dans lequel il pénètre à frottement. Ce drain est gros et très court ; il affleure la surface interne de la cavité et de cette manière est vraiment déclive.

Un pareil drainage n'est pas seulement au point déclive, il est complètement indépendant de la plaie opératoire, c'est une des qualités essentielles d'un bon drainage sur laquelle M. Chevassu insiste vivement. Ici la vidange se fait en arrière, tandis que la plaie opératoire est au niveau même de la cavité crucentée. Ce sont de bonnes conditions à la fois et pour le drainage et pour la réunion de la plaie.

Quand le drain a été mis en place on retire l'écarteur interne qui était resté jusque-là et le sac péritonéal vient aussitôt remplir le vide créé par l'ablation du rein.

6e TEMPS. — **Suture.** — L'importance de la suture est grande, car d'elle va dépendre en partie la solidité de la paroi.

Notre maître fait donc une suture musculaire en deux plans, le premier est formé par le petit oblique et le transverse dont la lèvre interne se rétracte très

loin en dedans et qu'il importe d'aller chercher en totalité avec grand soin. Le deuxième est formé par le grand oblique. La suture est faite au gros catgut à points séparés et assez rapprochés.

La suture totale de l'incision cutanée termine la réunion.

Suites opératoires. — S'il y a peu de sang dans le pansement, on peut retirer le drain au bout de 48 heures (observation 2) ou de 3 jours (observation 3). Le plus souvent il est plus sage de conserver un drainage un peu plus prolongé ; on peut alors remplacer au 3e jour le 1er drain par un plus petit qu'on supprimera lui-même du 5e au 8e jour.

Les fils seront enlevés tardivement, progressivement du 12e au 20e jour.

Les malades ne se lèveront qu'au bout de 3 semaines.

Résultats

Nous allons maintenant donner les résultats obtenus par M. Chevassu.

Parmi les 17 malades dont les observations sont jointes à notre thèse, trois sont morts.

L'un (observation) était atteint de lithiare rénale, il succomba quelques heures après l'opération ; mais nous devons dire que ce malade était dans un état de faiblesse extrême. Il souffrait depuis longtemps et réclamait à grands cris une intervention. Le cathétérisme urétéral avait montré que le rein gauche était nettement inférieur au rein droit qui lui-même n'était pas très bon. Devant les instances du malade, M. Chevassu se décida à opérer avec l'intention d'explorer le rein gauche et de faire une néphrotomie. A peine l'intervention commencée, le malade se mit à mal respirer, son pouls devint filiforme, il fallait cesser l'anesthésie le plus rapidement possible. Comme son rein gauche était très mauvais au point de vue fonctionnel, craignant la longueur de l'hémostase

d'une néphrotomie, M. Chevassu résolut de l'enlever, ce qui fut d'autant plus rapide que le rein se laissa facilement décoller ; on put donc de suite cesser le chloroforme ; mais le malade en avait déjà trop absorbé et mourut quelques heures après sans s'être éveillé.

Dans les deux autres cas malheureux, il s'agit de tuberculose rénale.

Dans l'un le malade est mort d'ureumie le 14e jour (Voir observation 5). Ce malade avait subi deux anesthésies à quelques jours d'intervalle. L'autopsie a montré une coudure de l'uretère du côté sain et une néphrite du rein restant, dûe certainement au chloroforme.

L'autre malade est mort de granulie le 26e jour (observation 13).

Nous ajouterons que chez ces deux malades la cicatrice antérieure était parfaite.

Il nous reste donc 14 cas de néphrectomie latérale.

Un pour cancer du rein, dont l'observation est particulièrement importante. Elle montre en effet comment, grâce au procédé que nous venons de décrire, on peut exécuter sur le pédicule les manœuvres les plus délicates.

Ce malade en effet avait une veine rénale bourrée de néoplasme. On put sectionner le pédicule sans l'avoir auparavant pincé (ce qui aurait pu détacher le caillot), comprimer l'aorte, pincer l'artère rénale, extraire de la veine thrombosée le caillot néoplasique et enfin réséquer la paroi du vaisseau jusqu'à

l'aorte. Tout cela s'est fait simplement, sous le contrôle de l'œil, comme s'il s'était agi d'un vaisseau superficiel. Le malade a rapidement guéri et la plaie opératoire s'est cicatrisée par première intention.

Un pour uronéphrose (obs. 4) dont la plaie évolua simplement et guérit en un mois.

Un pour pyonéphrose qui guérit par première intension.

Quatre pour pyonéphroses (2 lithiasiques et 2 tuberculeux) un est encore en traitement, les 3 autres ont évolué simplement.

Sept enfin pour tuberculose rénale, qui jusqu'ici avait été du domaine presque exclusif de la voie lombaire.

Nous nous bornerons à comparer les résultats obtenus par la voie latérale et ceux obtenus par la voie lombaire, ce qui, je crois nous dispensera de toute discussion.

Nous avons relevé dans la littérature 143 cas de tuberculose rénale néphrectominés par la voie lombaire ; 31 cas d'Albarran (thèze de Lorenzo), 11 cas de la clinique d'Herdelbery, 68 cas de Raffin (thèse Pagès) et 33 cas de Necker (thèse Guillon).

Sur les 143 malades néphrectomisés : 8 ont guéri en moins de 1 mois ; 10 entre 1 et 2 mois ; 18 entre 2 et 3 mois ; 31 entre 3 et 6 mois ; 26 entre 6 et 12 ; 6 ont mis plus d'un an à guérir et 44 sont restes fistuleux.

Sur nos 7 observations de tuberculose rénale opérées par la voie latérale sous-péritonéale, nous voyons :

Dans un cas réunion par première intention ; 2 mois après la guérison il s'est formé dans la cicatrice une fistule urétérale ; opérée de nouveau la malade guérit par première intention.

Dans 3 cas on a obtenu la cicatrisation en moins de 1 mois, dans 2 cas entre 1 et 2 mois. Enfin il reste en ce moment un malade en traitement.

OBSERVATIONS [1]

OBSERVATION I

Uropyonephrose droite — Néphrectomie latérale

Félix B..., 21 ans, serrurier. Entré le 30 janvier 1911. Salle Velpeau, lit n° 45.

Opération le 24 février 1911.

Opérateur : M. Chevassu. Aide, M. Dorie, interne.

Anesthésie au chloroforme.

Position « dorso-latérale cambrée ».

Incision latérale oblique sur l'extrémité supérieure de laquelle je branche à angle droit une petite incision prétho-racique parallèle au rebord costal.

Incision du grand oblique parallèlement à ses fibres, ligature de deux vaisseaux. Incision du petit oblique. Incision du transverse très mince. Je l'incise en haut jusqu'au tissu cellulaire sous-péritonéal, puis je décolle celui-ci de haut en bas et j'incise sur mon doigt.

(1) Notre thèse étant purement une thèse de médecine opératoire, nous ne donnerons pas l'observation clinique de nos malades.

Le péritoine est décollé en arrière. Je sens que le rein descend assez bas. Une grosse bosse est perceptible sous forme d'une poche peu tendue. La capsule est incisée très en arrière pour ne pas ouvrir le péritoine. Je trouve un plan de clivage que je suis avec précautions.

Je libère ainsi une poche mince en haut, en dehors et en arrière. Elle se prolonge en haut par une portion de rein très aplatie de consistance irrégulière et très adhérente.

Je me décide à libérer la tumeur de bas en haut.

L'uretère est très gros, très dur, avec une épaisse gangue périurétérale. Il est isolé, deux ligatures sont passées, le champ opératoire est protégé et enfin l'uretère est sectionné au thermocatère un peu au-dessus du pôle inférieur.

Le fil inférieur lâche ; nouvelle ligature et attouchement du moignon au thermocautère.

J'arrive mal sur le pédicule, malgré l'écarteur je ne vois plus très facilement, car le pédicule est haut situé. Il faut donner du jour.

Le grand oblique est donc sectionné sur le thorax parallèlement à la petite incision cutanée. Quelques points saiguent, rapide hémostase. L'écarteur supéro-interne est replacé et cette fois, on a tout le jour désirable. Le pédicule apparaît très nettemont, seulement il est impôssible d'en faire le tour au doigt.

La portion sous-hilaire du bord interne du rein est libérée après section entre deux pinces d'une artère anormale du pôle inférieur ; quant à la portion sous-hilaire elle est fortement adhérente, de même que le pôle supérieur du rein, et aucun plan de clivage n'apparaît.

Je glisse un fil avec précautions au-dessous du pédicule, mon doigt le guidant et j'arrive à le faire sortir de bas en haut sous les vaisseaux.

Ce fil est un gros catgut passé en double. La première ligature est faite, mais il est impossible d'éloigner la seconde de la première pour sectionner entre les deux.

Après section prudente du pédicule au ras du rein, le décollement de la partie supérieure du bord interne se fait facilement et le rein touche.

Au fond de la plaie, un petit jet artériel apparaît à la partie haute du pédicule, il est pincé avec une pince de Kocher et ligaturé par un fil placé avec précautions à travers le pédicule à l'aide d'une aiguille de Reverdin.

Plus rien ne saigne, seul un léger suintement à la face inférieure du foie dans la zone sous-péritonéale.

Un gros drain est alors passé à frottement à travers la paroi lombaire.

La plaie est suturée soigneusement en trois plans : deux musculaires et un cutané.

Suites opératoires. — Elles sont simples.

Le soir, température 36°5 ; ponls 96.

Le 25 février; matin, température 37°7 ; pouls 108 ; urines 1600 fr. ; le soir, température 36°9.

Le 26 février : température 37°4 ; pouls 96 ; urines 1100 gr. ; le soir, température 37°5.

La température dès lors est restée tout à fait normale ; le pouls oscille entre 84 et 88.

Le 28 février, pansement. Après hésitation, le drain qui a donné pas mal de sang est laissé en place.

Le 3 mars (7e jour). Il y a un peu de pus sur la compresse qui recouvre le drain. Pour cette raison, je n'ose le supprimer et le remplace par un plus petit. La cicatrice antérieure est en parfait état ; je la touche à la teinture d'iode.

Le 7 mars, pansement. Le drain est sorti de lui-même. La cicatrice est parfaite, ablation des fils sauf 3.

Le 15 mars, nouveau pansement ablation des derniers fils. L'orifice du drain est à peu près complètement cicatrisé.

Le 21e jour, le malade se lève.

Le 22 marss, 26 jours après son opération, il est présenté à la polyclinique du vendredi. Sa paroi semble solide.

Sort le 30 mars en excellent état et reprend rapidement son travail.

Le malade est revu le 5 octobre 1911.

Son état général est bon, il est un peu pâle, pèse 59 k.700.

Les urines sont normales d'aspect. La vessie fonctionne normalement, le malade, vu le matin à 10 heures n'a pas encore uriné depuis la veille au soir.

La paroi abdominale est parfaite. La cicatrice est solide. Il n'y a aucune trace d'éventration ; pas d'impulsion à la toux on avant. Lorsque, couché sur un lit, il se relève pour s'asseoir sans l'aide des bras on ne remarque aucune différence entre les 2 côtés du ventre.

Il n'y a aucune trace d'anesthésie ou d'hyperesthésie.

Le malade est revu le 20 mars 1912. Cicatrice excellente, pas d'impulsions à la toux.

OBSERVATION II

Tuberculose rénale gauche -- Néphrectomie latérale

Mlle T..., 23 ans, employée de commerce. Entrée le 13 février 1911, salle Laugier, lit n° 15.

Opération le 16 mars 1911.

Opérateur M. Chevassu ; aide, M. Mock, interne.

Anesthésie : chloroforme.

Position « dorso latérale cambrée ».

Incision latérale oblique. Le grand oblique est incisé

parallèlement à ses fibres, puis le petit oblique et le transverse. Arrivé au péritoine, le doigt est placé sous les muscles, sentant la cote. L'incision est faite sur le doigt, le péritoine est décollé facilement.

La capsule rénale est pincée, le plus en arrière possible pour ne pas ouvrir le péritoine ; le rein est ensuite décollé. Malgré les précautions une petite déchirure a été faite au péritoine : suture immédiate par un surjet au catgut, puis progressivement le rein est libéré.

L'uretère est alors dégagé. Ils est gros, entouré de périurétérite, il est sectionné au thermocautère après ligature au niveau de la partie inférieure de la plaie. Le bout supérieur est encapuchonné dans un petit paquet de compresses qui reste en place jusqu'à la fin de l'opération.

J'achève la libération du rein sans avoir besoin de me donner plus de jour sur la paroi abdominale.

Je fais basculer le rein en haut et en dedans à la façon d'un rein mobile et je vois la face postérieure du pédicule. A la sonde cannelée, je dénude la veine, je la lie et la sectionne. Comme il n'y a qu'un fil passé autour de la veine, cela saigne. Aussitôt je passe uu second fil sous l'artère qui à son tour est liée.

Le rein tombe alors, rien ne saigne ; seulement un petit suintement en haut. Un peu de la capsule graisseuse reste accolée au péritoine.

Un drain est passé à frottement dans la paroi lombaire.

Suture soignée à deux étages comme d'habitude.

Suites opératoires. — Le soir, température 37°6, pouls 80.

Le 17 mars, le pansement est défait, il n'y a presque pas d'écoulement sanguin. Température, 37°6. Pouls 100.

Le soir, température 37°6 ; pouls 100.

Le 18 mars. Le drain est enlevé, il n'avait rien donné. Température 37. Pouls 120.

Le 20 mars. Température 36.5. Pouls 100.

Le 22 mars. Le pansement est défait, l'orifice du drain est représenté par un petit ovale non épidermisé, mais par lequel rien ne sort. La cicatrice est parfaitè. Elle est touchée à la teinture d'iode.

L'état général de la malade est excellent. Le pouls est encore un peu rapide, mais la malade est une émotive qui devient rouge dès qu'on approche de son lit.

Le 25 mars. Ablation des fils sauf 3. La cicatrice est parfaite.

Le 28 mars. Ablation des derniers fils, tout est parfait du coté de la plaie.

La malade reste à Necker jusqu'au 20 mai pour y subir un traitement de sa tuberculose vesicale.

Elle quitte l'hôpital le 20 mai avec une plaie complètement cicatrisée.

Le 29 mai au soir, la malade rentre à l'hôpital. Elle présente à la partie inférieure de la cicatrice une masse rouge douloureuse, légèrement fluctuante. Quand je la vois le lendemain 30 mai, un abcès est ouvert à ce niveau ; j'agrandis l'orifice. La température tombe le soir à 37.

Dans les jours suivants le pansement a une odeur urineuse nette ; il devient manifeste qu'une fistule urinaire se produit, par reflux de l'urine dans son uretère en tuyau de pipe.

Le 16 juin, une nouvelle fistule s'est formée au dessous de la précédente. Elle donne issue à du pus, puis à de l'urine.

Je décide donc de lui faire une seconde intervention pour ses fistules urétérales. Celle-ci est jaite le 6 juillet 1911.

Le 21 juillet la cicatrisation de cette nouvelle plaie est parfaite. Elle commence à se lever le 25 juillet, 21 jours après l'intervention. Et quitte l'hôpital le 7 août parfaitement guérie.

OBSERVATION III (malade présenté au congrès d'Urologie)
(Octobre 1911)

Tuberculose rénale gauche. — Néphrectomie latérale.

Georges R...., représentant de commerce, 28 ans. Entré le 3 mars 1911. Salle Velpeau, lit n° 13.

Opération le 25 mars 1911.

Opérateur, M. Chevassu. Aide, M. Petit, interne.

Anesthésie, Chloroforme.

Position : « dorso latérale cambrée ».

Incision habituelle sans prolongement antérieur.

Le rein est très facile à libérer, je l'attire dans la plaie. Les faces sont explorées et rien d'anormal n'est découvert sauf au pole supérieur où on remarque une partie beaucoup plus sombre que le reste de l'organe, semblant répondre à une vésicule.

L'uretère est découvert à son tour : rien d'anormal.

Pourtant il n'y a aucun doute, le malade présente des lésions tuberculeuses de la vessie, vue au cystoscope, et des bacilles de Koch ont été trouvés dans l'urine.

L'incision abdominale est prolongée par en bas pour permettre d'explorer l'uretère. Celui ci peut-être exploré jusqu'au petit bassin sans que rien d'anormal apparaisse.

Il faut donc explorer le rein. Un coup de pointe est donnée au sommet dans la zone congestionnée. Un petit noyau blanchâtre, tranchant sur le parenchyme presque noir, apparaît ; il n'y a donc pas de doute, le rein est tuberculeux.

La face antérieure de la veine est isolée, mais comme il y a quelques difficultés à séparer les vaisseaux, pour gagner du temps, le pédicule est liè en masse avec au bon catgut, puis sectionné.

L'uretère à son tour est sectionné en bas vers la partie inférieure de la plaie.

Un gros drain est passé à frottement dans la paroi lombaire.

Les plans musculaires sont ensuite suturés avec soin.

Suites opératoires :

Le soir, température 37.4. Pouls 104. Rien d'anormal du côté des uiines.

Le 26 mars. Le malade est un peu inquiet et agité. Température 36.9. Pouls 110.

Le soir état excellent. Quelques coliques. Température 37.3. Pouls 110.

Le 27 mars. Matin, température 37.3. Pouls 96.

Le soir, température 37.5.

Le 28 mars. Le drain est enlevé. 36.9 le matin Les urines sont claires. Le soir légère ascension de température : 38.4.

A partir de ce moment la température oscille vers 38, le pouls vers 90.

Le 1er avril. En faisant le pansement on constate un peu de pus entre deux points de suture. On fait sauter un point et un petit drain est placé dans la cicatrice à l'union du tiers supérieur et du tiers moyen.

Le 9 avril au matin, le pansement est défait. On constate une suppuration assez abondante au niveau de l'orifice du drain postérieur qui a sans doute été enlevé un peu tôt.

Toutes ces régions sont touchées à la teinture d'Iode.

Le 10 avril, il faut remettre un drain en arrière.

Le 25 avril, ablation du dernier drain.

Le 2 mai, le malade quitte l'hôpital. Il vient faire faire son pansement tous les deux jours, il y a encore un léger suintement au niveau de la cicatrice.

Le malade est revu le 4 octobre 1911 dans un excellent état, il a repris son travail de représentant de commerce, 15 jours après sa sortie de l'hôpital.

Poids : 73 kg.

La cicatrice est parfaite. Pas d'impulsions à la toux à son niveau ; mais il existe manifestement une faiblesse de la parroi abdominale gauche en avant de la cicatrice quand le malade tousse.

Revu le 20 mars 1912, au moment où le malade tousse il y a nettement une impulsion en avant de la cicatrice, et même un peu en arrière dans la partie inférieure.

OBSERVATION IV

Hydronéphrose droite — Néphrectomie latérale

Marie B..., 35 ans, tapissière. Entrée le 23 février 1911, salle Laugier, lit n° 14.

Opération le 4 avril 1911.

Opérateur, M. Chevassu. Aide, M. Mock interne.

Anesthésie au chloroforme. Teinture d'Iode sur la peau.

Position « dorso-latérale cambrée » habituelle.

Incision latérale, sans branchement horizontal.

Incision des muscles, décollement du péritoine, la capsule du rein ouverte le plus en arrière possible, le rein apparaît, il présente à son pole inférieur une zone bleuâtre, comme un kiste. Le rein est décollé progressivement, sans trop de difficultés, quand tout à coup, suivant le bord convexe de l'organe en remontant pour libérer son pole supérieur, un liquide s'écoule en assez grande abondance et remplit la plaie. Le liquide est clair ou très légèrement louche, la tumeur était un hydronéphrose qui vient de crever.

L'isolement du rein est devenu beaucoup plus difficile, car la poche est flasque et sans consistance. Enfin les vaisseaux du pédicule sont liés et la poche tombe après libération d'un uretère qui paraît normal.

Cela saigne assez abondamment sous le diaphragme et le sang n'arrête pas malgré plusieurs tamponnements. Un jet veineux qui apparait, est pincé et ligaturé. Cela continue à suinter du côté de la surrenale, mais, sans jet et assez peu. Les tamponnements ne font rien.

La suture est faite comme d'habitude après que deux drains sont passés à travers la paroi lombaire ; l'un le drain gros et court habituel, effleurant la paroi, l'autre partant de la région qui suinte sous le diaphragme.

Suites operatoires. — La malade ne vomit pas. On lui fait l'après-midi, de la cafeine, de l'huile camphrée, du sérum glycosé. Elle urine seule vers 6 heures du soir. Température 37°6. Pouls 104.

Le 5 avril, la malade saigne assez abondamment, le pansement est changé. Température 37°7. Pouls 115.

Le soir la malade a moins saigné, le pansement est encore défait. Il semble que tout doive s'arranger. Température 38°2. Pouls 120.

Le 6 avril, la malade va mieux. Température 38°

Le 7 avril, température 37°8. Le soir 38°8.

Le 8 avril, le pansement est fait, La malade ne saigne plus. Le drain diaphragmatiqne et raccourci. Température 37°8, le soir 37°8.

Le 9 avril, température 37°4.

Le 11 avril, ablation de quelques fils, légère suppuration.

Le 13 avril, ablation du gros drain.

Le 19 avril, légère suppuration par le drain restant.

Le 20 avril, raccourcissement du drain. Légère tuméfac-

tion à l'extrémité inférieure de la cicatrice. Teinture d'iode.

Le 22 avril, ablation du dernier drain.

La malade quitte l'hôpital le 13 mai, complètement guérie.

Elle est revue le 24 juillet en parfaite santé. La cicatrice est excellente.

OBSERVATION V

Tuberculose rénale gauche — Néphrectomie latérale

Henri J..., 16 ans. Entre le 20 avril 1911, salle Velpeau.

Le 27 avril, M. Chevassu a fait sous chloroforme une cystostomie et un cathetérisme uretéral à ciel ouvert, l'état de la vessie ne permettant aucune exploration cystoscopique. Le catheterisme montre que le rein droit n'est pas tuberculeux. La néphrectomie est remise à 15 jours plus tard, pour éviter autant que possible de superposer deux intoxications chloroformiques.

Néphrectomie le 9 mai 1911.

Opérateur, M. Chevassu. Aide, M. Petit interne.

Le malade endormi au chlorure d'éthyle, puis au chloroforme ; anesthésie difficile (45 gr. de chloroforme).

Position « dorso-latérale cambrée ».

Incision latérale sans débridement antérieur.

Incision des muscles et décollement du péritoine sans difficultés. Le rein est facilement libéré et la ligature du pédicule se fait sans peine. L'uretère est volumineux.

Drainage postérieur au moyen d'un drain large et court.

Pour gagner du temps, la suture des muscles est faite en un seul plan, au catgut. Quelques fils d'argent traversent toute l'épaisseur de la paroi. Suture cutanée totale aux crins de Florence.

Suites opératoires :

Le 9 avril au soir, température 37°4 ; pouls 124. Vomissements.

Le 10 mai, température 36°2 ; pouls 124 ; urines 500 cmc.

Le 11 mai, température 36°4 ; pouls 132 ; urines 1000 c., le soir, la température monte à 39°4.

Les jours suivants, la température est progressivement descendante, elle revient à la normale le 15 mai, remonte à 38°2 le 16, et reste au-dessous de la normale.

Le malade se plaint de souffrir au bout de la verge.

Le 18 mai, le tube vésical fonctionne mal. Le malade souffre.

Le 20 mai, nausées et vomissements bilieux. Le malade ne peut supporter aucun aliment liquide ; il a de violents maux de tête et se plaint de douleurs abdominales.

Son pansement est défait. La plaie rénale est en très bon état, rien ne suppure, la cicatrisation semble parfaite. Aucune douleur au niveau de la cicatrice, mais le ventre est en bateau avec une légère contracture. Leger Kernig, le malade se couche en chien de fusil. On pense donc à une méningite. Mais l'uremie est plus probable, car le malade urine de moins en moins : 600 gr. seulement dans les dernières 24 heures. Un dosage de l'urée dans le sang montre 1 gr. 75 d'urée au litre.

Le lendemain, 300 gr. d'urine.

Le 22 mai, même état ; température 36°2.

Le malade succombe dans la nuit du 22 au 23.

Autopsie. — Pas de méningite. Pas ds péritonite. Pas de tuberculose du rein restant, mais néphrite aiguë (apparemment chloroformique). L'uretère du rein conservé présente une petite coudure.

OBSERVATION VI

Lithiase rénale gauche -- Néphrectomie latérale

F..., 68 ans, ajusteur-mécanicien. Entré à l'hôpital le 4 avril 1911.

Il s'agit d'une lithiase manifeste (gravier dans les urines). La radiographie du rein est négative. Au cathétérisme uretéral, le rein gauche est manifestement inférieur au rein droit. Le malade depuis 15 jours présente des douleurs violentes du rein gauche, que rien n'arrive à calmer. Il supplie qu'on l'opère. Malgré l'état de faiblesse du malade, M. Chevassu se décide à intervenir avec l'intention d'explorer le rein gauche, de pratiquer une néphrostomie et de l'extirper si besoin est.

Opération le 9 mai 1611.

Opérateur, M. Chevassu ; aide, M. Petit, interne.

Anesthésie au chloroforme (on recommande d'administrer un minimum d'anesthésique). Position « dorso latérale cambrée ».

Incision latérale oblique. J'arrive rapidement sur le pôle inférieur du rein et isole facilement la glande dont l'atmosphère a l'aspect normal. A ce moment (10 minutes après le debut), le malade respire mal, le sang est noir. Je fais cesser le chloroforme. Le pouls est mauvais.

Il faut aller le plus vite possible. Une exploration rapide montre qu'on ne trouve rien d'anormal sur le rein ou sur le bassinet. Je n'ose pas entreprendre une néphrostomie, dont l'hémorragie et la longueur seraient très dangereuses. Je décide une néphrectomie, c'est d'ailleurs la seule manière de supprimer certainement les accidents. Je vois très bien le pédicule, grâce à l'écarteur, sans besoin d'agrandir

l'incision. Mais à ce moment, de nouveau, le malade va très mal. Je lie en masse entre deux catguts et sectionne le pédicule. Au-dessus, saignement veineux sur lequel je mets deux pinces.

Ablation du rein. Section de l'uretère qui paraît normal.

Le malade ne prend plus de chloroforme. Je constate que rien ne saigne. Je vois à ce moment une petite fente sur le péritoine, sur le bord externe du colon. Surjet.

Suture musculaire deux plans un peu rapide. J'ai auparavant placé un gros drain en arrière comme d'habitude. Tout en allant vite, j'ai fait néanmoins la suture avec soin puisque le malade ne prenait plus de chloroforme.

Or, le malade a quelque mal à se réveiller. L'opération a duré une quarantaine de minutes ; le malade n'a guère pris de chloroforme que pendant un quart d'heure. Il en a absorbé 24 grammes.

A 2 heures, on me téléphone que le malade va très mal. Le pouls est imperceptible. Il n'a pas repris complètement connaissance. N'a pas saigné dans son pansement. Il meurt quelques minutes après.

OBSERVATION VII

Tuberculose rénale droite — Néphrectomie latérale

Emile E..., 27 ans, épicier. Entré le 16 mai 1911, salle Velpeau, lit n° 25.

Opération le 25 mai 1911.

Opérateur, M. Chevassu ; aide, M. Richard, interne.

Anesthésie au chloroforme. Position « dorso latérale cambrée ».

Incision latérale oblique sans débridement.

Incision des muscles. En incisant le petit oblique, un gros nerf apparaît (le 10e intercostal) passant obliquement à un centimètre environ au-dessous du rebord costal ; pour le respecter, l'incision n'est pas prolongée jusqu'aux côtes.

Malgré ce jour moindre chez un individu bien musclé, la néphrectomie se fait régulièrement.

En décollant le rein en haut, j'ai nettement senti la capsule surrénale plus ferme que le rein. Je n'ai pu la décoller completement et un petit fragment en sera tout à l'heure emporté avec le rein.

Grand écarteur interne. Je montre aux assistants que l'on arrive à bien voir malgré tout. Le pédicule est lié par un premier fil : le fil qui sert de tracteur et qui est placé près du rein facilite la mise en place du second fil, le bon.

Le rein est enlevé. Le pédicule suinte un peu. J'ai replacé un autre fil plus haut sur le pédicule.

Drainage lombaire habituel. Suture soignée en 3 plans.

Suites opératoires. — Le 23 mai au soir, température 36°9. Pouls 96.

Le 24 mai, le malade va bien. Température, le matin 37°4, le soir 38°2 ; pouls 110.

Le 25 mai, le malade se plaint que son pansement est trop serré. On le change. Température : 37°3 le matin ; 37°8 le soir.

Le 27 mai, on refait le pansement ; la plaie va bien ; le drain donne un peu de pus. Température : 37°4 le matin ; 37°8 le soir.

Le 29 mai, troisième pansement ; température : 36°5 le matin, 37°7 le soir.

Le 31 mai, pansement ; on constate la présence d'une petite collection purulente au niveau de la plaie antérieure. On enlève les crins à ce niveau et on place dans la plaie

deux drains qui s'avancent dans la direction du drain postérieur.

Le 1er juin. La température est redevenue normale. De la plaie s'écoule un peu de pus.

Puis les drains sont remplacés par un plus petit qui est retiré définitivement le 8 juin.

Le malade se lève le 21e jour.

Le 16 juin (24e jour). Le malade est présenté à la polyclinique. La cicatrisation est complète, tant au niveau de la plaie antérieure qu'au niveau du drainage postérieur.

Le malade quitte l'hôpital le 18 juin. Il revient régulièrement pour subir un traitement vesical.

Etat au 5 octobre 1911. La cicatrice est bonne, mais il y a un peu de faiblesse de la paroi abdominale sur toute la hauteur de la cicatrice avec anesthésie légère au voisinage de la plaie.

Revu le 20 mars 1912. Cicatrice rectiligne, peu large, légèrement déprimée à la partie moyenne. Lorsque la malade tousse, la partie moyenne de l'incision est attirée assez fortement dans la profondeur. Il y a un léger soulèvement de la moitié droite de l'abdomen.

OBSERVATION VIII

Pyonéphrose tuberculeuse droite. Néphrectomie latérale secondaire

Mme F..., 24 ans, ménagère. Entre le 1er mars 1911. Salle Laugier. Lit n° 11. Néphrectomie le 11 mai 1911. Néphrectomie le 29 juin 1911.

1° Néphrostomie. Opération le 11 mai 1911.

Opérateur : M. Chevassu. Aide M. Clap, interne.

Sous le chloroforme, la malade étant placée en position

«dorso-latérale cambrée».la peau est incisée commed'habitude ; incision latérale oblique sur laquelle est branchée la petite incision horizontale. Il faut se donner le plus de jour possible pour essayer d'enlever la grosse pyonéphrose de la malade sans l'ouvrir.

Tout va normalement jusqu'au péritoine. Mais au moment où, arrivé sur la tumeur, j'essaye de séparer le péritoine de la face antérieure du rein, la poche crève en laissant couler dans la plaie un flot de pus.

Il est donc dangereux de faire une néphrectomie dans ce milieu septique, d'autre part c'est bien ennyeux de laisser ouverte cette grande plaie abdominale.

La cavité où a coulé le pus est donc asséchée le mieux possible, puis touchée, à la teinture d'iode, légèrement.

Un trou lombaire est pratiqué, par lequel passe à frottement un gros drain venant aboutir dans la cavité ; puis la parois abdominale est suturée comme pour les néphrectomies habituelles. Pas de drainage antérieur.

Suites opératoires. — Assez simples. La température de la malade reste aux environ de 38, pendant les dix premiers jours. La paroi antérieure suppure un peu, mais pas autant qu'on aurait pu craindre.

Finalement, il reste deux fistules : l'une dans la cicatrice antérieure, l'autre au niveau du drain lombaire.

La malade est très soulagée, son état général devient meilleur, la fièvre a complètement disparu.

Le 29 juin. Nephrectomie secondaire.

Opérateur : M. Chevassu. Aides : MM. Richard et Clap, Internes.

Anesthésie : Chloroforme. Position « dorso-latérale cambrée ».

Les deux fistules sont nettoyées puis touchées à la tein-

ture d'iode. Je traverse la totalité de la parois et arrive sur le rein sans avoir vu nettement de fibres musculaires.

J'aborde le rein le plus en arrière possible et évite de me rapprocher trop de lui pour ne pas ouvrir les poches purulente qui peuvent encore exister. Je me maintiens le plus loin possible du péritoine.

Le rein se laisse décoller sans trop de peine, il semble remonter très haut. En fait j'ai glissé derrière le foie et remonte derrière lui.

Je reviens en avant et cherche à séparer prudemment le rein du péritoine. A la partie inférieure, le décollement est assez facile. En haut d'abord, pas de trop grandes difficultés, puis tout à coup, sans un coup de doigt qui cherche un plan de clivage, le péritoine s'ouvre de bas en haut.

Aussitôt un surjet est fait à la partie basse de la déchirure, mais comme elle remonte très haut il n'est pas possible de la suturer transversalement tant que le rein ne sera pas enlevé. L'uretère est donc isolé, puis lié et sectionné. Le pédicule se laisse aussi isoler facilement ; puis le rein au pole supérieur duquel est un magma adhérent est à son tour enlevé.

La grande cavité laissée libre est explorée. Je vois en haut l'extrémité postérieure de la face inférieur du foie dénudée ; plus en avant, un petit flambeau péritonéal partant du foie et flottant.

Le péritoine est suturé par un surjet au catgut de bas en haut jusqu'à la face inférieure du foie, mais là, impossible de fermer la déchirure qui reste, le péritoine cède. Il reste un trou comme une pièce de deux francs.

Puis le tissu rougeâtre au niveau du bord externe et du pole inférieur du rein est enlevé, la zone pariétale répondant au premier drain est ensuite nettoyée.

Un nouveau drainage postérieur est installé le plus en arrière possible ; d'abord un gros drain, rasant la 12e côte pour aboutir au niveau du trou péritonéal ; puis un autre plus bas, au-dessus de la crête iliaque, destiné à drainer la loge rénale.

Ceci fait, suture de l'incision, toute la paroi est prise en un seul plan et aussi largement que possible. Auparavant la zone infiltrée de la première cicatrice avait été réséquée. Cette suture au gros catgut est soutenue par trois fils d'argent, placés après la suture cutanée aux crins.

Suites opératoires. — La malade a absorbé environ 38 grammes de chloroforme en une heure. Pouls 126. Elle est maintenue sur le côté droit.

Le 30 juin, température 38° ; pouls 120.

Le 1er juillet, température 37°7 ; pouls 104. Le soir, température 38°1.

Le 2 juillet, température 37°8 ; pouls 100. Bon état général, la malade ne souffre pas. Pas de douleurs abdominales. Elle est purgée. Urines : 500 gr.

La température reste aux environs de 38° jusqu'au 9 juillet.

Le 6 juillet, le drain inférieur aboutissant dans la loge rénale est enlevé.

Le 7 juillet, le drain supérieur est enlevé à son tour.

Le 12 juillet, température 36°7 ; pouls 38.

Le 15 juillet, il se fait sur la plaie antérieure, à l'union des 2 tiers supérieurs avec le tiers inférieur, un petit abcès que l'on crève à la sonde cannelée. Il en sort une demie cuillerée à café de pus environ.

Le 31 juillet, le pansement. Un peu de pus sur l'incision antérieure ; très peu à l'orifice des drains.

La cicatrice présente deux petits trajets : un intérieu

étroit, et un à 1 centimètre plus haut, assez large. Tous deux sont peu profonds. En arrière, au niveau de l'orifice du drain, on pénètre encore assez loin, surtout dans le trajet supérieur.

La malade quitte l'hopital le 9 août 1911. Elle vient se faire panser.

Le 19 décembre 1911, la cicatrice antérieure présente deux ulcérations à aspect blanc, fougueux. Les 2 trajets postérieurs persistent toujours. Il coûle peu de chose.

Le 3 février 1912, toutes les fistules postérieures sont taries depuis une dizaine de jours. En avant il reste encore un tout petit trajet. Excellent état général.

OBSERVATION IX

Epithélioma du rein gauche -- Néphrectomie

(Présenté à l'Association française pour l'étude du cancer. Décembre 1911.)

B..., 50 ans, garçon d'hôtel. Entré à l'hôpital le 5 octobre 1911, salle Velpeau, lit n° 25.

Opération le 12 octobre 1911.

Opérateur, M. Chevassu ; aides, MM. Richard et Paraff, internes.

Anesthésie au chloroforme.

Position « dorso latérale cambrée ».

Incision latérale oblique sur laquelle est branchée de suite l'incision préthoracique.

Le grand oblique, très vasculaire, est incisé parallèlement à ses fibres. Il est très épais, purement musculaire. Incision transversale sur le thorax. On voit le petit oblique sur lequel courrent des nerfs et des vaisseaux qui sont sec-

tionnés entre 2 ligatures. Incision du petit oblique, très épais, très vasculaire. Je ne monte pas jusqu'à la côte, et m'en tiens à un centimètre pour éviter le 10e intercostal. Le transverse, à son tour, est attaqué, bien que l'incision en profondeur du petit oblique très épais ne soit pas terminée sur tous les points. J'ai creusé un puits au milieu du transverse pour atteindre le tissu cellulaire sous-péritonéal. J'ai décollé le péritoine de la paroi au doigt et ai coupé le reste de la paroi sur le doigt.

J'arrive après un léger décollement postérieur sur la tumeur qu'on sent très bien. Le décollement est facile. J'ai rapidement fait le tour de la tumeur et isolé le pédicule rénal grosso modo.

Je fais placer un écarteur interne, mais cela suinte pas mal, je fais placer un 2e écarteur sous-costal plongeant et je tamponne. Cela saigne encore. Une longue aiguille courbe est alors passée sous le pédicule de haut en bas et le pédicule est lié près du rein. J'ai l'intention de passer un 2e fil plus loin pour faire la ligature définitive.

Mon fil placé, l'hémostase obtenue, on voit bien. Je constate que le pédicule est énorme et comme formé d'un gros cordon, la veine rénale est vraisemblablement thrombosée.

A la sonde cannelée, la veine rénale est dénudée. Elle est transformée en un gros cordon du volume du pouce, elle est certainement remplie de néoplasme.

Elle n'est pas liée dans la crainte de détacher le caillot, mais elle cache l'artère qui ne peut donc non plus être liée. Comme la première ligature ne tiendrait probablement pas, il faut enlever le rein pour pouvoir agir sur les vaisseaux.

Deux coups de ciseaux et le pédicule est coupé. Aussi-

tôt un flot de sang part en sifflant. Une compresse est aussitôt placée dans la plaie, et après deux tentatives infructueuses pour pincer l'artère qui donne énormément de sang, un doigt est glissé jusqu'à l'aorte que je sens nettement et dont je vois même la partie interne, l'aorte est donc comprimé et le pédicule est facilement pincé.

La compression cessée et les compresses retirées de la plaie, deux jets de sang apparaissent encore, deux troncs artériels sont successivement pincés ! un gros postérieur et un plus petit antérieur et inférieur.

L'hémostase obtenue, la veine rénale est séparée le plus possible, les artères sont liées.

La dénudation de la veine rénale est continuée jusqu'à l'aorte, les vaisseaux spermatiques et sans doute aussi une artère lombaire sont successivement sectionnés.

Ceci fait, la surface de section de la veine est séparée avec deux pinces, et, à la curette, une grande quantité de masses molles, néoplasiques en sont retirées. Une compresse placée en dessous de l'orifice de la veine recueille ces débris. Pour permettre de continuer le curettage, l'aide place son doigt sur la veine rénale, au point où celle-ci, croisant l'aorte, va déboucher daus la veine cave ; de nombreux caillots sont encore retirés.

On cesse la compression de la veine, mais pas une goutte de sang ne vient.

La veine est alors liée sur la face antérieure de l'aorte, et le pédicule est enlevé en masse sauf l'artère rénale qui a pu être isolée.

Rien ne saigne plus sur le pédicule, il est inutile de lier la veine antérieure du pédicule qui ne donne rien. Il est probable que la ligature sur le tronc postérieur l'a oblitéré avant sa naissance.

Aucun ganglion n'est trouvé sur les flancs de l'aorte.

Le rein qui avait été mis hors de la plaie au moment de la section des vaisseaux, arrache l'uretère. Le bout uretéral est retrouvé à 10 centimètres environ. L'uretère est dur en haut, souple en bas.

Quelques petits lambeaux de graisse sont enlevés, les caillots qui emplissent la loge rénale sont vidés. Il persiste à peine un petit suintement.

Un gros drain est alors placé dans la paroi lombaire.

Suture des muscles en deux plans.

Suture cutanée aux crins.

Suites opératoires. — Le malade est très pâle (mais il l'est d'habitude). Pouls très faible.

Le soir, température 37°2, pouls 116.

Le 13 octobre, température 37°7, pouls 124. Pouls petit. Dyspnée légère, il se plaint d'avoir trop chaud, n'a pas saigné, a émis 500 gr. d'urines claires non sanglantes.

Le 14 octobre, température 37°4, pouls 100 ; soir, 37°1.

Le 15 octobre, température 37°5, pouls 100. Le malade est purgé.

Le 16 octobre, le pansement est défait, le gros drain est remplacé par un plus petit. Cicatrice très belle.

Le 19 octobre, 2e pansement ; le drain a peu donné, on le change.

Le 22 octobre, pansement, état parfait de la cicatrice ; le drain ne donne rien, est enlevé, ablation de un fil sur deux.

Du 23 octobre au 1er novembre, légère température, le malade fait un abcès consécutif à une piqûre de sérum.

Se lève le 24e jour. Quitte l'hôpital le 30e.

Revu en janvier 1912 avec une légère éventration.

Revu le 20 mars 1912, il semble que la paroi soit plus solide qu'en janvier.

OBSERVATION X

Pyonéphrose calculeuse. — Néphrectomie latérale.

T..., opéré le 25 octobre 1911.

Opérateur : M. Chevassu. Aides : MM. Richard et Paraff, internes.

Anesthésie : chloroforme.

Position « dorso-latérale cambrée. »

Incision latérale avec branchement costal, section des muscles, décollement du péritoine. On arrive bientôt sur un gros rein dont le pôle supérieur est nettement fluctuant.

La capsule est pincée le plus en arrière possible, puis ouverte, le décollement du rein semble facile.

L'ouverture de la capsule étant trop petite, je l'aggrandis d'un coup de bistouri, mais à ce moment, jaillit un liquide blanc à odeur coli-bacillaire. J'ai fait un trou dans la poche. Le champ opératoire est protégé par une compresse ; le décollement est continué, il se fait assez facilement sur les deux faces et le bord convexe.

En haut, cela tient davantage. Juste au pôle supérieur on sent une petite bride qui est rompue doucement ; mais, à ce moment : nouueau flot de pus ; d'un pus laiteux, fétide, qui est enlevé à la compresse. Le décollement est fait sauf sur le bord interne.

L'uretère est sectionné à 10 centimètres environ de son origine, au thermocautère, en zone d'apparence saine.

Au bord interne du rein, il est impossible de trouver un plan de clivage pour libérer le pédicule ; tout tient en bloc une ligature ne tiendrait certainement pas.

Grâce à deux écarteurs qui refoulent en dedans le sac péritonéal, il est possible de séparer les deux centimè-

tres internes du pédicule, puis cela offre un plan de clivage sur la partie supérieure. Deux fils sont passés sous le pédicule, l'un est lié près du rein et il faudrait lier l'autre loin pour pouvoir couper entre les deux ; mais c'est impossible.

Il faut donc le sectionner en dehors d'une ligature passant tout contre le bord interne du rein, entamant même le parenchyme. Cela est fait doucement, à petits coups, sur le doigt guide. Le rein est enfin libéré.

Le pédicule est nettoyé, l'inférieur est recoupé après une nouvelle ligature. Quelques débris de la poche sont enlevés, puis la poche est nettoyée et touchée à la teinture d'iode.

Deux gros drains traversent la paroi lombaire, l'un court, en bas ; l'autre assez long, montant sous le diaphragme.

La paroi est suturée : deux plans musculaires et un cutané. A l'angle de la partie horizontale et de la partie verticale de l'incision, une petite mèche de gaze traverse la paroi.

Suites opératoires. — La chloroformisation a été difficile; à la fin de l'opération, le pouls est petit ; caféine, huile camphrée, 500 gr. de sérum glycosé.

A 4 heures, Température 36,8. Pouls 130.

Le malade est très pâle. Pas de vomissements, mais crampes d'estomac.

Le 26 octobre au matin, pouls filiforme. Température 38,9. Pansement : aspiration, dans les drains on retire quelques grammes de sang. 500 gr. d'urines. Café à haute dose. théobromine. Huile camphrée.

A 3 heures, pouls meilleur, 130. Température, 38,9.

A 9 h. du soir, nouvelle aspiration dans les drains.

Le 27 octobre. Température, 38. Pouls 120, bien frappé.

Le malade se plaint de crampes stomacales très pénibles. Aspiration dans les drains. 1.600 gr. d'urines.

Le 29 octobre. Température, 37.5. Pouls 116. 1.700 gr. d'urines. Purgation.

Le 90 octobre. Température, 37.2. Pouls 116. Urines, 1.200 cmc.

La ligne de suture antérieure est parfaite. La petite mèche qui n'a rien laissé suinter est enlevée, la place est touchée à la teinture d'iode.

Le soir, Température 38.1. Urines 1.800 gr.

31 octobre. Température 37,9 le matin, 38,9 le soir. Urines 1.600. Aspiration dans les drains.

1er novembre (7e jour). Température 38,6 le matin, 39 le soir. Urines 1.600.

2 novembre au matin. Température 38,4. En enfonçant le drain supérieur, je fais sortir une grande quantité de sang fétide, après avoir eu l'impression de crever une poche dans la profondeur au bout du drain. La température monte le soir à 39,4 ; puis, c'est fini, à partir de ce moment, la température va baisser progressivement.

7 novembre (13e jour. Je remplace le drain supérieur par un plus petit, et je commence à enlever quelques fils à la cicatrice antérieure qui est parfaite et n'a jamais présenté la moindre trace de suppuration.

Le lendemain matin, je retrouve le drain dans le pansement. La température remonte et s'abaisse ensuite progressivement, bien qu'elle dépasse 38 le soir.

Le 2e drain est remplacé par un plus petit.

Le 18e jour, le drain supérieur est enlevé et la température s'abaisse.

Le 20e jour, ablation du drain inférieur.

Le 21e jour le malade se lève.

La plaie est parfaite, les fils ont été enlevés progressivement du 12e au 18e jour, aucun n'a même coupé.

Le malade quitte la maison de santé le 22 novembre, 28 jours après l'opération. Il ne reste plus qu'une petite fistule en arrière au niveau du trajet du drain inférieur. La paroi semble solide.

Le malade est revu le 27 novembre ; les deux orifices postérieurs sont complètement cicatrisés ; un tout petit abcès s'est ouvert sournoisement la veille à l'extrémité inférieure de l'incision antérieure, laissant un orifice qui permet tout juste de passer un stylet. J'autorise le malade à partir le soir même pour le Midi.

Le malade est revu le 16 février 1912. La cicatrice est parfaite, tout à fait souple et solide. La fistulette antérieure constatée au dernier examen s'est fermée en 8 jours, mais elle a de nouveau donné un peu de pus il y a 15 jours pendant 3 jours. En arrière une autre fistulette s'est produite par le trajet du drain inférieur, elle est fermée depuis le 12 janvier.

OBSERVATION XI

Pyonéphrose calculeuse droite. Néphrectomie latérale.

Edmond M., 52 ans, employé de commerce. Entré à l'hôpital le 30 octobre 1911. Salle Velpeau, lit n° 22.

Opérateur M. Chevassu. Aides : MM. Richard et Paraff, Internes.

Anesthésie : Chloroforme.

Position « dorso-latérale cambrée ».

Incision cutanée latérale oblique avec débridement supérieur préthoracique. Le grand oblique est incisé parallèlement à ses fibres avec section transversale sur le thorax, puis section du petit oblique et du transverse.

On sent tout de suite le rein qui descend assez bas et qui est dur. Le décollement du péritoine est assez laborieux. La capsule est placée le plus en arrière possible et j'entre dans une cavité qui donne l'impression d'être le péritoine. Je la suture.

Il me faut alors libérer en arrière, mais cela tient énormément et l'on ne peut avancer qu'à coups de bistouri ; il faut littéralement sculpter en arrière de l'organe dans une masse fibro-graisseuse très adhérente. Il y a notamment une zone d'adhérences particulièrement résistantes située sur la ligne transversale passant par la partie moyenne de la face postérieure du rein. Enfin en arrière, le rein est libéré jusque vers le tiers supérieur.

En avant il est impossible de séparer la face antérieure du rein du péritoine, pas de plan de clivage ; d'autre part, il ne faut pas trop s'approcher de la tumeur qui pourrait s'ouvrir. Tout à coup, en cherchant un plan de clivage, le péritoine est déchiré à partir de la suture primitive, puis il est franchement ouvert. La face péritonéale du foie apparaît dans la plaie, mais on n'y voit pas d'anses intestinales.

Tout à coup le péritoine se laisse décoller et le plan de clivage conduit sur le pole inférieur du rein et sur l'uretère qui est très gros, celui-ci est aussitôt sectionné au thernocantère entre deux catguts.

Il est impossible pour l'instant de libérer le bord interne qui paraît tout à fait soudé. Il faut se reporter en haut. Le foie est d'abord soulevé par un écarteur, puis tantôt avec le bistouri, tantôt avec le doigt avec d'infinies précautions, le pôle supérieur est enfin libéré.

Le rein tient encore à la ligne médiane par son bord interne sur une hauteur de 10 cm. environ. Il est comme soudé par un bloc massif où il va falloir chercher un plan de clivage.

L'écarteur donne beaucoup de jour, presque jusqu'à la ligne médiaire ; le bistouri repris, va décoller progressivement et lentement le bord interne du rein, le long du bord interne de l'uretère sectionné.

Tout à coup un peu de pus s'écoule, c'est l'uretère qui est ouvert au niveau de son union avec le bassinet sur l'extrémité d'un calcul que je sens puis que je vois. Le calcul fait heureusement bouchon ; une compresse est placée sur le trou et la libération continue par en haut en tirant sur le rein pour l'écarter au dehors.

Couche par couche, le magma est incise, tout à coup un vaisseau est ouvert béant dans le tissus fibreux qui l'entoure, il ne saigne pas, et cependant c'est la veine renale, elle est pincée puis la libération continue doucement. Bientôt jet de sang : c'est l'artère rénale ; Elle est pincée, elle est relativement petite. Puis le reste de la face antérieure est libéré sans qu'un vaisseau saigne. Le rein tombe.

La veine et l'artère rénale sont liés séparément.

Le péritoine est compu sur une grande longueur. En bas il se laisse facilement fermer ; mais à la partie supérieure, sur la face inférieure du foie, il est impossible de le suturer, les lambeaux trop tendus se déchirent. Finalement il reste sous le foie un trou au péritoine qui n'a pu être suturé.

Deux gros drains sont passés dans la paroi lombaire. Le supérieur va au contact du trou péritonéal. L'inférieur reste au ras de la paroi.

Puis je fais une suture soignées de la paroi antérieure en deux plans musculaires légèrement touchés à la teinture d'iode.

Suture cutanée aux crins.

Suites opératoires. — Le malade qui a pris 35 gr. de chlo-

roforme s'est éveillé assez vite. Pas de vomissements, pas de douleurs. Il urine le soir tout seul. Urines claires, non sanglantes.

On change les compresses. Température 36.4. Pouls 72.

Le 12 novembre. Le malade est en excellent état. Température 36.9. Pouls 76. Urines 800 gr. Le soir : Température 36.8. Pouls 86.

Le 13 novembre. Température 37.3. Pouls 90. Urines un litre. Le soir, température 37.4.

Le 14 novembre. Purgation, température 36.8. Pouls 90, Le soir, température, 37.

Le 15 novembre. Température 36.4. Pouls 80. Pansement. A l'union de la portion horizontale et de la portion verticale de lincision un peu de pus qui semble venir de la profondeur. On fait sauter un fil à ce niveau. On touche la ligne de suture à la teinture d'iode.

Le drain postéro-inférieur est remplacé par un plus petit ; le drain supérieur est raccourci.

Pendant les jours qui suivent, il continue à s'écouler du pus à l'angle supérieur de l'incision antérieure. L'état général est d'ailleurs parfait et la température normale. Les drains postérieurs furent enlevés le 1 décembre, les fils du 6 au 12 décembre.

Revu le 19 mars 1912, Incision étroite, quand le malade tousse, il y a un soulèvement appréciable en avant de la moitié supérieure de la cicatrice.

OBSERVATION XII

Tuberculose rénale gauche — Néphrectomie latérale

Auguste L..., 43 ans, manœuvre. Entre à l'hôpital le 13 juillet 1911, salle Velpeau, lit n° 18.

Opération le 23 novembre 1911.

Opérateur, M. Chevassu. Aides MM. Richard et Paraff internes.

Le malade est très faible ; l'anesthésie est faite au dernier moment au chlorure d'éthyle, chloroforme.

Position « dorso-latérale cambrée ».

Incision cutanée latérale oblique sur laquelle est branchée l'incision préthoracique.

Section du grand oblique parallelement à ses fibres.

Le petit oblique et le transverse sont sectionnés à la partie moyenne jusqu'au péritoine, le reste des muscles est coupé sur le doigt. L'hemostase est faite à mesure. En coupant de bas en haut le petit oblique et le transverse, un coup de ciseaux donné trop près du rebord costal, sectionne le paquet vasculo-nerveux du 10e inter-costal.

Le péritoine décollé on arrive facilement sur le rein. La capsule est ouverte le plus en arrière possible. Le rein se laisse facilement décoller en arrière. En avant le péritoine est très mince, aucune graisse ne le double, car le sujet est très maigre.

Le duodenum apparaît, recouvert par une mince pellicule. Une compresse le protège jusqu'à la fin.

Le rein se laisse facilement décoller sauf au pole supérieur ou il est assez adhérent. Comme il est nettement fluctuant à ce niveau, il est préférable de décoller d'abord le bord interne.

L'uretère est entouré d'une épaisse gangue purulente il est isolé au bistouri dans la zone qui l'entoure, puis il est isolé par en bas et sectionné au thermocautère entre deux ligatures à la partie moyenne de la plaie.

Il est très épais. Pour isoler la partie haute de l'uretère, il me faut toujours le bistouri. les vaisseaux spermatiques sont sectionnés, enfin le pédicule apparaît.

La moitié supérieure du bord interne étant libérée, il devient beaucoup plus facile d'agir sur le pole supérieur ; le rein se laisse tomber en dedans et l'isolement se fait sans grandes difficultés.

Le pédicule est alors facilement dénudé, le rein se laissant basculer. Deux fils sont passés sous le pédicute avec l'aiguille courbe, l'un est lié près du rein, l'autre le plus loin possible. Le pédicule est recoupé au bistouri au ras du fil interne.

Ablation de quelques débris graisseux.

Un gros drain est passé au travers de la paroi lombaire.

Suture soignée de la plaie : Deux plans musculaires et un plan cutané.

Suites opératoires. — Le malade a absorbé 24 gr. de chloroforme, le soir température 37°6 ; pouls 86.

Le 24 novembre, température 36°8 ; pouls 86. Bon état général, pansement, l'aspiration dans les drains ne donne rien.

Le 26 novembre, température 37°8 ; pouls 100. Le malade est purgé.

Le 27 novembre, température 36° ; pouls 90. Pansement, un peu d'œdème et de rougeur au niveau de la plaie Un peu de pus s'écoule à la partie moyenne. On fait sauter un fil. Teinture d'iode.

Le 1er décembre, suppression du drain postérieur.

Le 2 décembre, un petit drain est placé au niveau du tiers supérieur de l'incision antérieure.

Le 5 décembre, on enlève la plus grande partie des fils. La partie inférieure de la ligne de suture antérieure suppure toujours un peu. Les bords du trajet dans lequel le drain a été placé, ont un aspect vernissé, livide, rappelant les ulcérations tuberculeuses.

Le 9 décembre, ablation des derniers fils.

Le 17 décembre, le malade se lève.

Le 22 décembre, la cicatrisation est complète, mais le malade est dans un état général précaire, ses lésions pulmonaires progressent à grands pas.

Le malade sort le 30 décembre, il semble destiné à mourir prochainement de sa tuberculose pulmonaire.

OBSERVATION XIII

Tuberculose rénale gauche — Néphrectomie latérale

Claude G..., 37 ans. Entré salle Velpeau le 5 octob. 1911.

Opération le 23 décembre 1911.

Opérateur, M. Chevassu ; aides, MM. Richard et Paraff, internes.

Anesthésie : chlorure d'éthyle, chloroforme.

Position « dorso latérale cambrée ».

Incision latérale oblique, la plus courte possible sans débridement prethoracique ; je l'arrête en bas, notablement au-dessus de l'épine iliaque antero-supérieure. Elle mesure 12 centimètres environ.

Incision du grand oblique parallèlement à ses fibres. Incision du petit oblique et du transverse jusqu'à un centimètre environ du bord de la 10e côte.

Décollement péritoneal. Ouverture de la capsule rénale.

Le rein apparaît : bosselé, fluctuant ; il ne semble pas descendre beaucoup au-dessous du niveau d'un rein normal. Les faces du rein sont facilement décollées, mais le pôle supérieur tient solidement. Je ne cherche pas à le décoller pour l'instant.

Isolément de l'uretère sous rénal, il est accompagné par de gros vaisseaux spermatiques. il est à peine augmenté de

volume, mais plus ferme qu'à l'état normal. Il est sectionné au thermocautère entre deux ligatures un peu au-dessous du rein.

Le bord interne de l'organe est sectionné de bas en haut. J'arrive vers le bile qui est entouré d'une gangue geu peu épaisse de perinephrite, deux gros catguts sont passés à l'aiguille courbe sous le pédicule : l'un près du rein, l'autre le plus loin possible de lui. Section du pédicule au bistouri.

Je continue le décollement du bord interne du rein au-dessous du pédicule ; ce décollement est facile jusqu'au pôle supérieur, mais là je retrouve la même zone d'adhérences intimes que j'ai rencontré lorsque j'ai cherché au début à décoller le pôle supérieur du rein de dehors en dedans.

Je place alors profondément sous le thorax, l'écarteur supérieur, et vois parfaitement une bride épaisse qui relie le pôle supérieur du rein à la coupole diaphragmatique ; je la romps à la sonde cannelée à son insertion diaphragmatique, et je puis dès lors facilement achever l'ablation du rein. Le rein, bien que fluctuant dans toute son étendue,se trouve ainsi enlevé sans avoir été ouvert.

Ablation de toute une série de lambeaux graisseux. On voit bien la face rénale de la capsule surrénale ; elle présente plusieurs plaques jaunes, non saillantes, dans sa moitié supérieure, elle est recouverte par une légère lame, demi-transparente, de tissu cellulo-graisseux.

Un gros drain court traverse la paroi lombaire. J'en ajoute un second plus petit et plus long qui traverse la paroi lombaire plus bas et viendra aboutir à la face profonde de la ligne de réunion antérieure.

En perçant le trou pour le deuxième drain, je provoque

une hémorragie dans la paroi ; j'obtiens une hémostase approximative en faisant passer à frottement dans le trajet un drain un peu plus volumineux.

Suture soignée de l'incision : 2 plans musculaires, un plan cutané.

Suites opératoires. — Le soir, température 37°3 ; pouls 94.

24 décembre, l'opéré va parfaitement, température 37°5 ; pouls 88. Urines : 900 gr. Le soir, température 37°9

25 décembre, température 37°3 le matin, 37°9 le soir. Pouls à 80 Urines 900 gr.

26 décembre, le malade est purgé, pouls 80, température : le matin 37°2, le soir elle monte à 38°6.

27 décembre, le matin : température 36°9 ; pouls 80. Premier pansement. La la ligne de réunion antérieure est en excellent état. Les drains n'ont à peu près rien donné. Ablation du petit drain qui aboutit vers la cicatrice antérieure.

Le soir, température : 37°8.

28 décembre, le matin : température 36°8 ; pouls 82. Le soir : température 37°6.

29 décembre, le matin : température 36°7 ; pouls 80. Ablation du deuxième drain. Le soir : température 38°7.

Les jours suivants, le malade fait plusieurs ascensions de température à 38°2, 38°8 et 39. La température tombe avec l'ouverture d'un abcès développé sous la paroi antérieure, au niveau de la partie moyenne de la cicatrice.

Le 10 janvier au soir, alors que tous les fils sont enlevés et que la suppuration antérieure est à peu près complètement tarie, la température de l'opéré remonte à 38. Elle oscille autour de 38 les jours suivants sans que l'on trouve localement rien qui puisse l'expliquer. Les orifi-

ces des drains postérieurs ne donnent rieu, le trajet inférieur est fermé et l'on fait passer tout juste une sonde cannelée dans le trajet supérieur. En avant, la paroi est souple, il n'y a pas de décellement, il ne reste à la partie moyenne de la cicatrice, qu'une plaie superficielle qu'on panse à plat.

Le 15 janvier, l'état général baisse, le malade tousse, il est légérement dyspnéique.

Le 17 janvier, point de côté, la température monte à 39°, la dyspnée devant vivre. Localement la cicatrisation est à peu près complètement terminée ; il ne reste qu'une croûte allongé au niveau de la zone de la cicatrice antérieure qui s'est réunie secondairement.

Pas de douleur, tout est souple, on parvient à enfoncer une sonde cannelée dans l'ancien trajet postérieur sans donner issue à quoi que ce soit.

Au poumon, rales débilants, sous-crépitants, crépitants suivant les points. Souffle tubaire dans l'aisselle droite. On redoute une tuberculose pulmonaire suraiguë.

Après deux jours de dyspnée progressive, le malade meurt le 19 janvier ; 27 jours après la néphrectomie.

A l'autopsie, les deux poumons sont farcis de tubercules. Pas d'abcès au niveau de la zone opératoire.

OBSERVATION XIV

Tuberculose rénale droite. Néphrectomie latérale.

B..., 35 ans, terrassier. Entré à l'hôpital le 11 décembre 1911, salle Velpeau. Lit nº 1.

Opération le 26 décembre 1911.

Opérateur : M. Chevassu. Aides : MM. Richard et Paraff, internes.

Anesthésie au chloroforme.

Position « dorso latérale cambrée ».

Etant donné la facilité que j'ai eue chez le dernier malade à enlever le rein par une incision petite, je cherche à l'enlever par une plus petite encore ; donc incision latérale oblique la plus petite possible. Il y a une couche adipeuse assez épaisse. Dès ce moment, j'aurais dû préparer une incision transversale.

Le grand oblique est très oblique, je fais une incision parallèle à ses fibres. A cause de cette obliquité, l'incision est reportée assez en arrière du bord costal ; je remonte au-dessus de la côte. Dès ce moment, j'aurais dû pratiquer une incision transversale.

Incision du petit oblique et du transverse. Le petit oblique est énorme. Il a bien deux centimètres d'épaisseur. Je creuse au centre jusqu'au tissu sous-péritonéal et je coupe le reste sur mon doigt en restant à une certaine distance du rebord costal.

Cela ne saigne pas franchement, cela suinte et ce sang va gêner pendant toute l'opération. D'autre part, l'incision très petite, 10 centimètres à peine, bordée de muscles très épais, n'est pas suffisante et ne permet pas de voir comme d'habitude.

Incision de la capsule et décollement du rein qui n'est pas facile, car il est entouré d'une graisse épaisse, diffluente. Tout à coup, une anse intestinale apparaît à travers un feuillet péritonéal très mince. Immédiatement, l'écarteur la refoule et la protège, et l'isolement du rein continue, il se fait très bien en arrière, en haut, sauf à la partie supéro-interne. L'uretère est assez gros et plus ferme que normalement. Il est sectionné au thermo entre deux ligatures.

C'est alors le tour du pédicule ; mais le péritoine est difficilement maintenu par l'écarteur, étant donné qu'il faut plonger très loin sous une paroi rigide, il est donc difficile de voir le pédicule ; un moyen reste donc : faire basculer le rein en dedans en libérant son pôle supérieur.

On y parvient difficilement et d'une façon insuffisante, le pédicule n'est pas nettement vu. Cependant il est isolé au doigt en avant et en haut, en bas il l'est bientôt aussi, le doigt suivant l'uretère qui amène sur la face inférieure du pédicule.

Un gros fil est passé et le pédicule est lié par deux gros catguts.

Le peu d'espace entre le rein et le péritoine refoulé ne permet pas de sectionner le pédicule comme d'habitude, il ne l'est qu'en introduisant horizontalement le bistouri et en coupant avec de grandes précautions.

Une seule bride qui semble au-dessus du pédicule est sectionnée entre deux pinces.

Le rein enlevé et les écarteurs soulevés, une anse intestinale se montre dans la plaie, et le bord inférieur du foie apparaît. Le péritoine qui le recouvre a été déchiré.

La plaie est d'abord nettoyée, débarassée des lambeaux graisseux qui y restent encore, puis la suture péritonale est commencée. Comme toujours le péritoine a été déchiré sur le bord externe du colon, jusqu'au foie. La partie inférieure de la déchirure est facile à fermer, mais la partie hépatique ne peut l'être.

Deux drains sont alors passés à travers la paroi lombaire, un inférieur habituel, l'autre supérieur allant vers la déchirure du foie.

Suture de la paroi : 2 plans musculaires et un plan cutané.

Suites opératoires. — Le soir. Température 36.1. Pouls 68.

27 décembre. Température 37.5. Pouls 110. Urines un litre. Le malade se plaint beaucoup. Vomissements.

Le soir. Température, 38.

28 décembre. Température, 36.9. Pouls 106. Pansement. Il a coulé une assez grande quantité de sang par les drains. Aspiration qui ne donne rien. Le soir. Température, 37.

29 décembre. Le matin. Température, 36.9. Pouls, 96. Le soir. Température, 36.5.

30 décembre. Le matin. Température, 35.9. Pouls 90. Le soir. Température, 38.4.

31 décembre. Le matin. Température, 37.8. Pouls 90. Pansement. Un peu de rougeur à la partie moyenne de l'incision. On enlève deux points. Le soir. Température, 38.4.

1er janvier. Température, 36.8. Pouls 90. Le soir. Température, 37.1.

2 janvier. Température 36.9. Pouls 90. Pansement, légère suppuration au niveau de la zone désunie.

3 janvier. Température 36.8. Ablation d'un des drains postérieurs.

7 janvier. Ablation du deuxième drain.

La cicatrisation de la zone désunie en avant s'est faite lentement. Pendant longtemps il est resté à ce niveau une petite zone suintante. C'est seulement le 15 février, jour de la sortie du malade, que la cicatrisation a été parfaitement obtenue. Les orifices des drains étaient fermés depuis longtemps.

Malade revu le 11 mars. La cicatrice est solide ; au moment de la toux, il y a en avant de la partie moyenne

de la cicatrice sur une largeur de 5 centimètres environ une impulsion très nette. Pas de troubles appréciables de la sensibilité.

OBSERVATION XV

Tuberculose rénale gauche. — Néphrectomie latérale

Etienne M..., 41 ans, employé des Postes. Entré le 26 novembre 1911, salle Velpeau, lit n° 27.

Opération le 13 janvier 1912.

Opérateur : M. Chevassu. Aides : MM. Clap et Paraff, internes.

Anesthésie au chloroforme.

Position « dorso-latérale cambrée ».

Incision latérale oblique sans débridement.

La paroi très épaisse en muscle, est incisée. Je décolle le péritoine en arrière. Or je sens à ce moment le pôle inférieur du rein et le bord inférieur de la rate. Je sens très bien celle-ci qui s'interpose entre le rein et la paroi latérale. Je confirme cette sensation à plusieurs reprises et vais avec précaution chercher le rein en dedans, de façon à ne pas ouvrir le péritoine. Le décollement du rein se fait sans difficultés.

Le rein est un peu basculé en bas et en avant. Je vois alors très nettement sur le bord convexe, au-dessus du pôle inférieur, une masse de graisse adhérente. Cette graisse cache une légère saillie de la surface rénale, arrondie et extrêmement foncée, presque noire. Ce ne peut guère être que de la tuberculose. On ne sent rien d'autre d'analogue sur le reste du rein.

Recherche de l'uretère qui est petit et souple. 2 fils sont passés dessous et ne sont pas liés.

De même deux fils sont passés sous le pédicule sans être liés.

Un coup de bistouri léger dans la tâche sombre, montre au centre de celle-ci une tâche blanche, apparemment tuberculeuse. La néphrectomie est décidée. Pour éviter l'inoculation, la petite plaie rénale est touchée au thermocautère.

L'uretère est lié et sectionné, de même le pédicule et le rein tombe.

Ablation d'un peu de graisse périrénale. Un gros drain est passé dans la paroi lombaire, la suture est faite comme d'habitude.

Suites opératoires. — Le soir. Température, 36,8. Pouls, 80.

Le 14 janvier matin. Température 36,6. Pouls, 80. Urines, 700 cmc. Le soir. Température 37,4. Pouls 80.

Le 15 janvier matin. Température 37. Pouls 100. Urines 100. Le soir : Température 37,2. Pouls 100.

A partir de ce moment, la température est restée normale.

Le 20 janvier, on remplace le gros drain par un plus petit. La cicatrice antérieure est parfaite, sauf cependant une légère suppuration à la partie moyenne. On enlève le fil.

Le 14e jour on enlève un fil sur deux, la plaie suppure encore un peu.

Le 28e jour, la cicatrisation est complète. La paroi est solide. Le malade quitte l'hôpital le 28 février.

Revu le 20 mars. Cicatrice excellente. La paroi est solide. Il semble même que la paroi du côté opéré soit plus résistante que celle du côté opposé.

OBSERVATION XVI

Tuberculose rénale gauche -- Néphrectomie latérale

J.-B. D..., 53 ans, manœuvre. Entré à l'hôpital le 6 décembre 1911, salle Valpeau, lit n° 39.

Opération, le 3 février 1912.

Opérateur, M. Chevassu ; aides, MM. Richard et Paraff, internes.

Anesthésie : chloroforme.

Position « dorso latérale cambrée ».

Incision latérale oblique. Le sujet est maigre, l'espace costo iliaque étroit, la 11e côte est presque verticale. Je fais, par prudence, sur la peau l'incision horizontale de débridement prethoracique ; je n'aurai pas besoin, tout à l'heure, d'inciser sous elle les insertions prethoraciques du grand oblique, car j'aurai un jour suffisant.

Le grand oblique et le petit oblique sont incisés ; pour le transverse, je me contente d'inciser la moitié supérieure, la moitié inférieure se laisse facilement refouler.

Le péritoine est décollé et la capsule graisseuse ouverte. La surface du rein présente de nombreuses irrégularités, son pôle supérieur est nettement fluctuant.

L'uretère épais est sectionné au thermocautère entre deux ligatures.

Le pédicule rénal est facile à voir et à isoler. Je passe sous lui à l'aide d'un portefil courbe deux catguts. Le premier au contact du rein sert de tracteur et permet de passer le deuxième fil plus loin. Section du pédicule au bistouri.

Au moment ou le rein tombe, j'entends un sifflement dans la plaie dont le fond se remplit de sang. Un coup

d'éponge et j'aperçois un assez gros jet artériel que je pince. Il s'agit d'une assez grosse artère située au-dessus et en arrière du pédicule ; c'est probablement une branche postérieur et inférieure de l'artère rénale préalablement divisé et que je n'avais pas pincée dans ma ligature. Elle est liée à part.

Les débris abondants de la capsule adipeuse sont enlevés le mieux possible. J'enlève également un gros ganglion justa aortique gauche que le microscope m'a montré par la suite être tuberculeux.

Un gros drain est passé par un trou percé dans la paroi lombaire.

Suture de la paroi en trois plans successifs.

Suites opératoires. — Le malade a vomi. Le soir. Température, 36.8. Pouls, 110.

Le 4 février. Matin. Température, 36.8. Pouls, 115.
Soir. Température, 37. Pouls, 110.

Le 5 février. Matin. Température 36.8. Pouls, 110.
Soir. Température 38.

Pansement, le malade n'a presque pas saigné.

Le 6 février. Température 36.7 le matin.

Le 9 février. Pansement, le drain est changé et remplacé par un plus petit.

Le 10 février, matin, température, 37.8. Soir, 38.2. Légère suppuration à la partie inférieure de la plaie antérieure. La plaie est touchée à la teinture d'iode. Etat général assez mauvais.

Le 11 février, la partie inférieure de la plaie suppure un peu. On fait sauter quelques fils. Teinture d'iode.

Le 13 février matin, température 37°6, le soir 38°2. La plaie suppure toujours.

Le 19 février, état général un peu meilleur. Presque plus de suppuration.

Le 28 février, la plaie va très bien. Etat général mauvais.

Le 6 mars, les pansements ne sont plus faits que tous les deux jours. La plaie est en bonne voie de cicatrisation. L'état général est toujours mauvais.

Le 20 mars, la plaie va bien, mais l'état général reste mauvais.

OBSERVATION XVII

Tuberculose rénale droite. Néphrectomie latérale

G..., entré à l'hôpital, salle Velpeau, lit n° 24, le 4 févr.

Opération le 17 février 1912.

Opérateur : M. Chevassu. Aides, MM. Gouverneur et Savidan, internes.

Anesthésie au chloroforme.

Position « dorso-latérale cambrée ».

Incision latérale oblique. Je branche immédiatement l'incision cutanée prethoracique, m'attendant à de nombreuses difficultés.

Incision du grand oblique, du petit oblique et du transverse. Je commence le décollement du tissu cellulaire sous-péritonéal. Constatant que la tumeur est très volumineuse, je vais sectionner de suite sur le thorax la lèvre interne du grand oblique.

La tumeur semble fort adhérente. Je la sépare en arrière de la fosse lombaire sans trop de difficultés, du moins dans sa partie inférieure. Mais je n'arrive pas à atteindre son sommet ; elle se prolonge très haut et j'ai peur de la faire éclater en introduisant toute ma main dans la cage thoracique ; je me dirige alors en bas. De

ce côté-là, rien à faire. Il y a un énorme bloc dur qui descend jusque sur les vaisseaux iliaques et dans lequel je renonce immédiatement à chercher l'uretère qui y est évidemment plongé.

Force m'est de décoller en avant. Je cherche à décoller superficiellement, j'ouvre le péritoine qu'un point de catgut referme aussitôt, je parviens à glisser sous lui et à me diriger vers la ligne médiane. Dans la région du hile je suis arrêté ; impossible d'aller plus loin dans ce bloc massif sans risquer d'entrer tout droit dans la veine cave.

En somme j'ai à peu près isolé la face antérieure et la face postérieure d'un énorme rein ; mais le bord interne est aussi épais que le rein lui-même. Le pôle supérieur ne peut être atteint et le pôle inférieur est fusionné avec un énorme bloc de périnéphrite qui se prolonge vers le bassin.

Il faut donc chercher un plan de clivage plus près du rein, ce que je fais avec de grandes précautions, car il faut m'attendre à chaque instant à ouvrir la poche rénale. La partie externe de l'énorme bloc qui est isolé est donc réalisée, et après la section d'une coque ferme de 1 centimètre environ, le rein apparaît. Il semble séparé de la masse par un plan de clivage assez net.

Une pince est donc placée sur la lèvre antérieure de la coque, et avec de grandes précautions la face antérieure du rein est séparée de sa cuirasse de périnéfrite, le décollement se fait beaucoup mieux que l'on aurait pu le penser.

La face antérieure est ensuite décollée jusque vers le pôle supérieur et le pôle inférieur sous lequel le doigt passe pour aller décoller la face postérieure qui, elle aussi, se laisse assez bien décoller.

Restent à isoler le bord interne et le bord supérieur. Dans la crainte de voir le rein crever à la moindre manœuvre un peu violente, on tente de le ponctionner.

Un petit trocart est enfoncé dans le rein, et chose curieuse, il lui faut traverser une assez grande épaisseur de parenchyme avant d'arriver sur le pus qui, d'ailleurs, coule à peine malgré les pressions exercées sur le rein. Le trocart est enlevé et le pus coule abondamment. Un trocart plus gros est enfoncé qui, lui non plus, ne donne presque rien. Encore une fois, le trocart enlevé et le pus évacué grâce à des pressions faites sur le rein. La plaie avait été soigneusement garnie de compresses avant ces manœuvres.

Les gants sont soigneusement lavés. La plaie rénale est touchée au thermocautère, les compresses sont changées et le décollement du rein continue.

Au pôle supérieur, le rein est littéralement soudé à la paroi et à la surrenale que l'on voit nettement grâce à l'écarteur et qui ne demande qu'à venir avec le rein.

Elle est isolée avec précaution.

Le rein ne tient plus que par un pédicule, très large, très haut, épais au moins comme quatre pouces réunis. Grâce à l'écarteur qui récline en dedans la coque rénale, on voit parfaitement ce que l'on fait. On incise d'abord verticalement, parallèlement à la veine cave, mais en dehors d'elle, en rasant le bord interne du rein.

Ainsi est découverte une cavité qui saigne assez abondamment, mais pas en jet, sur laquelle est placée une compresse.

A ce moment, les éléments du pédicule apparaissent, la sonde cannelée parvient à les dénuder un peu et ainsi l'artère rénale est isolée sur une longueur d'environ un

centimètre. Un gros catgut est passé sans difficultés, lié, puis le vaisseau est sectionné.

Plus bas, on rencontre un nouveau cordon très volumineux et très ferme, il se dirige obliquement en bas, c'est évidemment l'uretère, il est péniblement isolé et est rompu en voulant passer devant lui. Rien ne coule. Il est touché au thermo.

Ceci fait, toujours au bistouri, la libération du bord interne continue et retrouve vite la zone libérée de la face postérieure du rein. La néphrectomie est faite.

Le tampon placé sur le premier vaisseau est enlevé ; ce vaisseau est certainement la veine rénale ; elle saigne peu abondamment, une pince est placée, et un fil est passé prenant point d'appui solide sur le plan fibreux adjacent. Il faut craindre les dérapages.

Puis c'est l'uretère qui est isolé difficilement sur une longueur de 2 centimètres, il est lié et sectionné au thermocautère.

Tout ce que l'on peut enlever de la coque est réséqué.

Puis la cavité est soigneusement inspectée. Il reste en dedans une large zone de périnéphrite qui longe la veine cave et se poursuit le long de l'uretère.

Cela suinte un peu, aussi deux énormes drains sont placés à travers la paroi lombaire.

Les gants sont changés, les lèvres de la plaie nettoyées à la teinture d'Iode.

Puis enfin suture soignée en deux plans musculaires et un plan cutané.

Suites opératoires :

Le 18 février, température 37.5. Pouls 120.

Le 19 février, température 36.4. Pouls 110, le matin. Le soir, température 36.6. Pouls 102.

Pansement. Aspiration dans les drains.

Le 20 février, matin, température 36.6. Pouls 104. Soir, température 36.8

Pansement. Aspiration dans les drains.

Le 21 février, matin, pansement. On fait sauter un fil en avant.

Le 22 février, température 36.6. Pouls 100, le matin. Le soir 27.4.

Le 25 février, matin, 36.8. Soir 37.2.

La plaie antérieure suppure un peu. On fait sauter de nouveaux fils.

Le 28 février.

Tous les fils sont sautés. La plaie est béante. On réunit les lèvres au diachylon.

Le 2 mars. La plaie béante est mal maintenue par les bandes de diachylon. On anesthésie le malade au chlorure d'éthyle et je passe 3 fils d'argent et un fil de bronze dans la plaie.

Le 4 mars. Le malade tousse. Dans une quinte il a cassé un des fils d'argent. La plaie suppure toujours un peu. L'état général est excellent.

Le 8 mars. La plaie va mieux. Toujours un peu de pus dans le pansement. Etat général bon.

Le 15 mars. La plaie va bien, la suppuration diminue.

CONCLUSIONS

1° La voie latérale sous-péritonéale a l'avantage de découvrir largement la face antérieure et le bord interne du rein.

2° Elle permet d'enlever le rein sans le tirailler, sans le traumatiser, sans le décapsuler.

3° Elle permet d'agir sur le pédicule sous le contrôle de la vue et de faire sur lui toutes les manœuvres nécessaires sans employer de moyens violents ou aveugles.

4° Elle permet de drainer au point déclive, loin de la plaie opératoire qui peut ainsi se cicatriser simplement.

5° Elle répond à toutes les nécessités modernes de la chirurgie qui ne laisse rien au hasard et ne pratique aucune manœuvre sans savoir comment elle agit.

Vu : le Président de Thèse,

QUÉNU.

Vu : le Doyen,

LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

ALBARRAN. — Traité de Médecine opératoire des voies urinaires.

BARDENHEUER. — Die drainirung der Péritonealhohle. Chirurgische Studian, nebst einem Bericht über 7 nierenextirpationen. Stug. 1881.

BERG. — Zur Tecknick des Lendeunierenschnittes. Berliner Klinische Wochenschrifft, décembre 1881.

BRODEUR. — De l'intervention chirurgicale dans les affections des reins. Thèse de Paris, 1886.

CHEVASSU. — Communication au Congrès d'Urologie, octobre 1911.

CHEVASSU. — Communication à l'Association française pour l'étude du cancer, décembre 1911.

D'ANTONA. — Die un caso di nephrectomia per une tuberculoso. Arch. edi. atti. di Soc. ital. di chir. Napoli, 1883.

Duval et Grégoire. — Pathogénie et traitement des hydronéphroses. Rapport au Congrès d'Urologie, 1906.

Grégoire. — Contribution à l'étude du cancer du rein chez l'adulte. Thèse Paris, 1905.

Guillon. — De quelques résultats de néphrectomies dans la tuberculose rénale. Thèse Paris, 1911.

Hartmann. — Du traitement chirurgical des Pyélites. *Gazette des Hôpitaux*, 1888, n° 3.

Kronlein. — Uber die extirpation der Krebsniere. Correspondenz Blatt fur Schweitz. 1885.

Lecène. — Etude sur les tumeurs du rein. — In Hartmann. Travaux de chirurgie anatomo-clinique.

Le Dentu. — Affections chirurgicales des reins et des uretères.

Lorenzo. — De l'intervention chirurgicale dans la tuberculose du rein. (Résultats thérapeutiques.) Thèse Paris, 1902.

Malherbe. — Communication au Congrès français de chirurgie, 1886.

Pagès. — La néphrectomie primitive dans la tuberculose rénale. Indications et résultats. Thèse Lyon, 1908-1909.

Terrier. — Communication à la Société de Chr., 1886.

Thornton. — Brit. méd. Journal 1883, t. III.

Trelat. — Communication à la Soctété de chir., 1886.

IMPRIMERIE SPÉCIALE
de la Librairie OLLIER-HENRY
26 — Rue Monsieur-le-Prince — 26
PARIS (VI^e^)